



# Erikoissairaanhoidon terveydenhuoltohenkilöstön kokemukset sydämen vajaatoimintapotilaiden hoidosta ja palveluketjun toimivuudesta

---

Kulmakallio, Merja  
Värtö, Karoliina

Laurea-ammattikorkeakoulu  
Hyvinkää

Erikoissairaanhoidon terveydenhuoltohenkilöstön kokemukset  
sydämen vajaatoimintapotilaiden hoidosta ja palveluketjun  
toimivuudesta

Merja Kulmakallio  
Karoliina Värtö  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Opinnäytetyö  
Toukokuu, 2013

Merja Kulmakallio  
Karoliina Värtö

Erikoissairaanhoidon terveydenhuoltohenkilöstön kokemukset sydämen vajaatoimintapotilaiden hoidosta ja palveluketjun toimivuudesta

Vuosi	2013	Sivumäärä	54
-------	------	-----------	----

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää erikoissairaanhoidon terveydenhuoltohenkilöstön kokemuksia sydämen vajaatoimintapotilaan hoidosta ja palveluketjun toteutumisesta. Opinnäytetyö on osa sydämen vajaatoimintapotilaan hoidon kehittämishanketta 2012. Hankkeessa oli mukana HUS Hyvinkään sairaala, Hyvinkään perusterveydenhuolto ja Laurea Ammattikorkeakoulu Hyvinkää. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää hoitoketjun kehittämisessä ja laadun parantamisessa.

Tutkimus toteutettiin teemahaastattelemalla HUS Hyvinkään sairaalan sisätautien vuodeosaston kahta lääkärää ja kahdeksaa sairaanhoitajaa. Haastattelu sisälsi kysymyksiä terveydenhuoltohenkilöstön kokemuksista sydämen vajaatoimintapotilaiden hoitoon hakeutumisesta, hoitajaksoista sairaalassa, jatkohoidosta, kotiuttamisesta, tiedonkulusta sekä moniammatillisesta yhteistyöstä ja asiantuntemuksesta. Haastatteluaineisto litteroitiin ja analysoitiin sisälönanalyysillä.

Tutkimuksen tuloksista selvisi, että sydämen vajaatoimintapotilaat hakeutuvat toistuvasti liian myöhään hoitoon oireiden ollessa vakavat. Hoitajakson aikana potilaiden vointia seurataan tiiviisti. Potilaita ohjataan osastolla kotona tapahtuvaan sairauden omaseurantaan. Potilaiden jatkohoito järjestetään perusterveydenhuollossa. Potilaat saavat kotiutuessa tarvittavat ohjeet ja yhteystiedot. Potilastiedot siirtyvät useimmiten hyvin erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä.

Merja Kulmakallio  
Karoliina Värtö

Specialized health care personnel's experiences concerning the care and service chain of heart failure patients

Year	2013	Pages	54
------	------	-------	----

---

The purpose of this Bachelor's Thesis was to examine specialized health care personnel's experiences concerning the care and service chain of heart failure patients. This thesis is a part of the heart failure patient care development project 2012. Participants of the project were HUS Hyvinkää Hospital, primary health care of the city of Hyvinkää and Laurea University of Applied Sciences Hyvinkää. The results of this research can be used in developing the care chain and improving its quality.

This research was executed by interviews in HUS Hyvinkää Hospital Internal Medicine Ward. Two doctors and eight nurses were interviewed. The interview included questions concerning the following themes: seeking care of patients, hospital care, follow-up treatment, discharge, communication, multiprofessional co-operation and expertise. The written interview material was transcribed and analyzed by using content analysis method.

The results of the research showed that heart failure patients repeatedly sought care too late when the symptoms were already serious. Condition of a patient was intensively monitored during the hospital care. Patients were advised at the ward how to manage with their condition at home. Follow-up treatment was organized in primary health care. Necessary instructions and contact information were delivered to patients when they returned home. Transfer of medical reports between special health care and primary health care was usually good.

Keywords: heart failure, service chain

## Sisällys

1	Johdanto .....	6
2	Sydämen vajaatoiminta .....	7
2.1	Sydämen vajaatoiminnan diagnosointi .....	9
3	Sydämen vajaatoiminnan hoito .....	10
3.1	Sydämen vajaatoiminnan lääkehoito .....	10
3.2	Sydämen vajaatoiminnan elintapahoito .....	13
3.3	Sydämen vajaatoiminnan muut hoitomenetelmät .....	14
4	Sydämen vajaatoimintapotilaan kuntoutus .....	15
5	Sydämen vajaatoimintapotilaan ohjaaminen ja sen merkitys hoitoon sitouttamisessa .....	16
6	Sydämen vajaatoimintapotilaiden palveluketju .....	19
6.1	Saumattomat palveluketjut sydämen vajaatoimintapotilaan hoidossa .....	20
6.2	Ammattilaisten kokemat hyödyt palvelu- ja hoitoketjuista .....	22
7	Tutkimuksen toteutus .....	23
7.1	Tutkimuksen lähtökohta ja tutkimusongelmat .....	23
7.2	Tutkimusmenetelmä .....	24
7.3	Tutkimuksen kohderyhmä ja aineiston keruu .....	25
7.4	Tutkimuksen aikataulu .....	26
7.5	Aineiston analyysi .....	26
8	Tulokset .....	29
8.1	Hoitoon hakeutuminen .....	30
8.2	Hoitojakso sairaalassa .....	33
8.3	Jatkohoito .....	36
8.4	Kotiutus .....	37
8.5	Tiedonkulku .....	39
9	Pohdinta .....	40
9.1	Eettisyys ja luotettavuus .....	40
9.2	Tutkimustulosten tarkastelua .....	41
9.3	Kehittyminen asiantuntijuuteen .....	42
9.4	Kehittämisen- ja jatkotutkimusaiheet .....	43
	Lähteet .....	45
	Kuvat .....	Error! Bookmark not defined.
	Taulukot .....	48
	Liitteet .....	49

## 1 Johdanto

Tämä tutkimus kuuluu HUS Hyvinkään sairaalan, Hyvinkään perusterveydenhuollon ja Hyvinkään Laurea Ammattikorkeakoulun sydämen vajaatoimintapotilaiden kehittämishankkeeseen 2012. Tutkimuksen yhteistyökumppaneita ovat Hyvinkään sairaala ja Hyvinkään perusterveydenhuolto. Tutkimus kuvaa erikoissairaanhoidon terveydenhuoltohenkilöstön kokemuksia sydämen vajaatoimintapotilaiden hoidosta ja palveluketjun toimivuudesta.

Tutkimuksen tavoitteena oli kartoittaa Hyvinkään erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välistä sydämen vajaatoimintapotilaiden hoitoa ja palveluketjua. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää erikoissairaanhoidon terveydenhuoltohenkilöstön kokemuksia sydämen vajaatoimintapotilaiden palveluketjusta; hoitoon hakeutumisesta, hoitajaksesta sairaalassa, jatkohoidosta, kotiutumisesta, tiedonkulusta sekä moniammatillisesta yhteistyöstä ja asiantuntemuksesta.

Sydämen vajaatoiminta sairautena heikentää siihen sairastuneen ihmisen elämänlaatua sekä vähentää jäljellä olevia elinvuosia. Sydämen vajaatoiminta voidaan jakaa vasemman ja oikean puolen vajaatoimintaan, systoliseen ja diastoliseen vajaatoimintaan tai akuuttiin ja krooniseen vajaatoimintaan. Sydämen vajaatoimintaa sairastavat ikäihmiset tulevat tarvitsemaan lisääntyvässä määrin omaisten apua sairauden hoidossa ja sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja. Sydämen vajaatoiminta kuormittaa terveydenhuollon resursseja. (Iivanainen, Jauhiainen & Syväoja 2010, 244.) Potilailla, jotka sairastavat sydämen vajaatoimintaa, esiintyy useita päivittäistä elämää rajoittavia oireita. Alentunut toiminnallinen suorituskyky ja lisääntynyt sairaalassa olo heikentävät potilaan elämänlaatua. (Lassus 2011.) Sydämen vajaatoimintaan voidaan vaikuttaa onnistuneella hoidolla. Sydämen vajaatoiminnan onnistunut hoito vähentää kuolleisuutta ja terveydenhuollon kustannuksia. (Britz & Dunn 2010.)

Palvelu- ja hoitoketjuista säädetään sosiaali- ja terveystalouden laissa. Palveluketjujen tavoitteena on, että hoito- ja palveluketjun toimivuus on saumatonta ja näyttöön perustuvaa. Palveluketjun sujuvuutta edistää moniammatillinen asiantuntemus. Moniammatillisuutta palveluketjuun tuo se, että asiantuntijat tulevat perusterveydenhuollosta, erikoissairaanhoidosta sekä yksityiseltä ja kolmannelta sektorilta. (Ahonen ym. 2012, 74.) Ammatilliset kokevat saavansa hyötyä palvelu- ja hoitoketjuista, koska yhtenäiset toimintatavat ohjaavat suunnitelmallisuuteen ja pitkäjänteisyyteen sekä vahvistavat sitoutuneisuutta ja työn mielekkyyttä. Palveluketjut helpottavat tiedon kulkua ja täsmentävät työn jakoa eri tahojen välillä. (Valtimoterveydeksi- projekti 2009- 2010, 24.) Sydämen vajaatoimintapotilaan hoitovastuu jakautuu tarkoituksenmukaisesti eri hoitotasojen kesken. Palveluketjuissa toimivat tahot sopivat yhdessä hoidon eri vaiheiden työnjaon. Työnjaolla saavutetaan hoidon laadun paraneminen, resurssien oikein kohdentuminen ja rahalliset säästöt. (HUS-Helsinki 2000.)

Tutkimustuloksista selvisi, että sydämen vajaatoimintaa sairastavat potilaat hakeutuvat liian myöhään hoitoon oireiden ollessa vakavat. Myöhäisen hoitoon hakeutumisen taustalla voi olla muun muassa annetun ohjauksen riittämättömyys ja se, että potilas ei ymmärrä annettua ohjausta. Hoitoon sitoutumisessa on myös puutteita. Hoitojakson keskeiseksi asiaksi nousi potilaan voinnin seuranta. Potilaan jatkohoito järjestetään yleensä perusterveydenhuollossa. Jos taustalla on jokin toinen erikoissairaanhoitoa vaativa sairaus, järjestetään seuranta erikoissairaanhoidon poliklinikalla. Potilas saa tarvittavat yhteystiedot kotiutuessa.

## 2 Sydämen vajaatoiminta

Sydämen vajaatoiminta ei ole itsenäinen sairaus vaan oireyhtymä. Sydämen vajaatoiminnassa sydämen pumppausteho on heikentynyt. Sydän ei jaksa pumpata verta tarpeeksi kehon osiin elimistön toiminnoille. Sydämen vajaatoiminnan taustalla on aina jokin sydänsairaus. (Aho-nen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski-Tallqvist 2012, 243.) Ikä lisää sydämen vajaatoimintaa sairastavien osuutta. Länsimaiden ihmisistä sydämen kroonista vajaatoimintaa sairastaa 1-2 %. Arvioidaan, että 65 vuotta täyttäneiden osuus on 5 % ja yli 75-vuotiaiden 8-10 % sairastuneista. (Partanen & Lommi 2006, 2009.)

Sydämen vajaatoiminnan hoito vaatii sairaalahoitoa. Tarve sairaanhoitoon tulee lisääntymään koko ajan länsimaissa. Sydämen vajaatoiminnasta aiheutuvien hoitojaksojen määrät ovat lisääntyneet teollistuneissa maissa lähes 30 %. Sydämen vajaatoimintapotilaiden lisääntynyt sairaalahoidon tarve aiheuttaa yhteiskunnalle suuret kustannukset. (Partanen & Lommi 2006, 2009.)

Sydämen vajaatoiminta voidaan jakaa systoliseen ja diastoliseen vajaatoimintaan. Systolinen vajaatoiminta tarkoittaa sitä, että sydämen vasemman kammion supistumisteho on heikentynyt ja sydän ei jaksa pumpata verta elimistöön. Diastolisessa vajaatoiminnassa vasen kammio ei laajene ja täyty tarpeeksi sydämen lepovaiheessa. Usein sekä diastolinen että systolinen vajaatoiminta esiintyvät yhtä aikaa. (Iivanainen ym. 2010, 244- 247.)

Sydämen pumppaustoiminnan häiriö voi ilmetä sekä oikeassa että vasemmassa sydänpuoliskossa. Yleensä vasemman puolen vajaatoiminta kehittyy ensin. Oikean puolen vajaatoiminta on seurausta vasemman kammion vajaatoiminnasta. Vasen kammio ei kykene pumppaamaan verta tarpeeksi ja veri palaa takaisin vasempaan eteiseen, keuhkoverenkiertoon ja oikeaan sydänpuoliskoon. Oikean puolen vajaatoiminnassa veri patoutuu laskimoihin ja vasemman puolen vajaatoiminnassa keuhkoihin. (Iivanainen ym. 2010, 244- 245, 247.)

Sydämen vajaatoiminta voi olla akuutti. Sydämen akuutti vajaatoiminta vaatii hoitoa sairaalassa. Se voi olla uusi, sitä ei ole aiemmin diagnosoitu tai se on kroonisesta vajaatoiminnasta

aiheutuva pahenemisvaihe. Potilaan kannalta on tärkeää tilanteen välitön diagnostinen selvitys ja hoito. Akuutin vajaatoiminnan aiheuttajista yleisimpiä ovat sepelvaltimotauti ja kohonnut verenpaine. Sydämen akuuttia vajaatoimintaa hoidetaan ensivaiheessa antamalla potilaalle lisähapetta ja tarvittaessa CPAP-hoitoa. Verisuonten laajentamiseen käytetään nitraattia sekä furosemidia ensin laskimonsisäisesti kerta-luonteisesti ja tarvittaessa jatketaan infuusiona. Potilasta nesteytetään laskimonsisäisesti, jos ilmenee matalan täyttöpaineen merkkejä. Erityishoidot esimerkiksi verenpainetta kohottavat lääkkeet otetaan käyttöön, jos potilaalla ei havaita vastetta ensivaiheen hoitoihin. Vajaatoiminnan syytä ja pahentavia tekijöitä tulee hoitaa, jotta hoito onnistuu. (Harjola 2007.)

Sydämen vajaatoiminnan taustalla on synnynnäinen tai hankittu verenkiertoelimistöä kuormittava sairaus. Sydämen vajaatoiminnan tavallisimpia syitä ovat sepelvaltimotauti, verenpainetauti sekä sydämen läppävikä. Muita sydämen vajaatoiminnan syitä ovat sydäninfarkti, pitkittynyt rytmihäiriö, synnynnäiset sydänvat, kardiomyopatia eli sydänlihaksen rappeumasairaus, myokardiitti eli sydänlihastulehdus ja krooninen keuhkosairaus. (Iivanainen ym. 2010, 244.)

Sydämen vajaatoiminnan oireet johtuvat elimistön puutteellisesta hapensaannista. Veri patoutuu eri puolille elimistöä. Yleisempiä sydämen vajaatoiminnan oireita ovat hengenahdistus raskuudessa ja levossa, nopea syke, turvotukset sekä painonnousu. Hengenahdistus raskuudessa on tyypillisin oire. Raskuushengenahdistuksessa veri ahtautuu keuhkolaskimoihin, keuhkokuodos jäykistyy ja keuhkoputkissa ilmenee limakalvoturvotusta. Kohonnut laskimopaine aiheuttaa hengenahdistusta levossa ja makuulla. (Iivanainen ym. 2010, 249.) Hengenahdistus ja nesteiden kertyminen elimistöön ovat keskeisiä sydämen vajaatoimintaa sairastavien potilaiden sairaalaan hakeutumisen syitä (Hartikainen & Visamo 2000). Potilaan turvotukset ja painonnousu johtuvat nesteen kertymisestä elimistöön. Turvotuksen havaitsee, kun painaa sormella potilaan sääriluun päältä ja ihoon tulee kuoppa. (Käypähoito 2008.)

Oikean ja vasemman sydänpuoliskon vajaatoiminnan oireet ovat erilaiset. Oikean puolen vajaatoiminnassa veri patoutuu laskimoihin. Oireena ovat turvotukset alaraajoissa, nestekertymästä aiheutuva painon nouseminen, pahoinvointi, ruokahaluttomuus ja laajentuneet kaulalaskimot. Vasemman puolen vajaatoiminnassa veri pakkautuu keuhkoihin. Vasemman puolen vajaatoiminnan oireita ovat hengenahdistus, väsymys, rytmihäiriöt, sinertävä ja kalpea iho sekä raskuuden sietokyky on heikentynyt. (Iivanainen ym. 2010, 250.)

Nopeasti nouseva syke, tunne ilman loppumisesta ja väsynyt olo vähäisessäkin liikkeessä viittaavat riittämättömään sydämen pumppausvoimaan. Potilaalla on turvotuksia alaraajoissa. (Ahonen ym. 2012, 246- 247.) Potilaat kokevat oireiden rajoittavan heidän toimintakykyään, mikä aiheuttaa muutoksia potilaiden aiempaan elämäntapaan, harrastamiseen, sosiaaliseen elämään sekä kykyyn tehdä töitä. Elämäntapamuutokset, lääkehoidon vaatimukset, pelko ja



fyysiset rajoitukset johtuen hengenahdistuksesta ja uupumuksesta vaikuttavat siten, että potilas saattaa eristäytyä muista ihmisistä. (Thornhill, Lyons, Nouwen & Lip 2008.)

Sydämen vajaatoiminta on seuraus pitkälle edenneestä sydänsairaudesta. Sairauden ennuste on huono. (Lommi 2011, 305.) Sydämen vajaatoiminta johtaa kuolemaan suurimmassa osassa tapauksista. Kuolleisuus on suurta etenkin iäkkäillä vajaatoimintapotilailla. Miessukupuoli heikentää sairauden ennustetta. (Harjola & Remes 2008, 717.) Potilaan vajaatoiminnan taustalla olevat sydänsairaudet ja korkea ikä vaikuttavat myös vajaatoiminnan ennusteeseen negatiivisesti. Ennustetta huonontaa lisäksi potilaan lisäsairaudet sekä vajaatoiminnan vaikeusaste. Sydämen vajaatoiminnan ennustetta arvioidaan NYHA-luokituksella, vasemman kammion supistumisvireyden ejektiofraktioarvon avulla sekä laboratoriotutkimuksella. (Nt-ANP, proBNP) (Lommi 2011, 305- 306.)

## 2.1 Sydämen vajaatoiminnan diagnosointi

Sydämen vajaatoiminnan diagnoosin perustana ovat sairauden tyypilliset oireet ja tutkimukset. Ne osoittavat sydämen vajaatoiminnan ja sen sydänsairauden, joka on johtanut sydämen vajaatoimintaan. Taudinmääritykseen kuuluu potilaan kliininen tutkiminen ja oireiden selvittäminen. (Ahonen ym. 2012, 247.) Diagnostiikan apuna käytetään lisätutkimuksia, laboratorio- ja kuvantamistutkimuksia (Lommi 2011, 306). Diagnoosin edellytyksenä on, että potilas sairastaa jo ennestään jotain sydänsairautta ja hänellä esiintyy vajaatoiminnalle tyypillisiä oireita (Ahonen ym. 2012, 247).

Lääkäri tekee potilaan kliinisen tutkimuksen ja haastattelun. Kliinisen tutkimuksen alussa selvitetään potilaan anamneesi. Kliiniseen tutkimukseen kuuluu anamneesin lisäksi palpaatio, auskultaatio ja inspektio. Palpoimalla lääkäri tunnustelee muun muassa potilaan pulssia, turvotuksia ja kaulalaskimopainetta. Lääkäri auskultoi potilaan sydäntään ja keuhkot. Tärkeää on auskultoida myös uloshengityksen aikana ilmeneviä ääniä ja rahinoita, koska se auttaa selvittämään onko elimistöön kertynyt nestettä. Potilaalta inspektoidaan ihon väriä, turvotuksia ja yleistilaa. Lääkäri selvittää haastattelulla potilaan oireet, sairaudet ja riskitekijät. (Ahonen ym. 2012, 177.)

Lisätutkimusten avulla selvitetään sairauden syy ja määritetään sairauden vaikeusaste. Lisätutkimuksia on muun muassa sydämen ultraäänitutkimus, keuhkokuva ja ekg. Sydämen ultraäänitutkimuksella saadaan selvyyttä sydämen tilasta. Ultraäänitutkimuksella saadaan tietää vajaatoimintaan johtaneet mekanismit ja sairauden vaikeusaste. Keuhkojen röntgentutkimus kertoo sydämen koon ja mahdolliset nestekertymät. (Ahonen ym. 2012, 247- 248.) Keuhkokuvastä näkyy myös sydämen mahdollinen laajentuma ja mahdollinen keuhkoverekkyöden lisääntyminen. Keuhkoverekkyöden lisääntyminen viittaa ensimmäisiin sydämen vajaatoiminnan

merkkeihin. (Heikkilä 2008, 165- 169.) Sydänfilmillä selvitetään sydänrytmi, kuinka kuormittunut sydänlihas on, sydämen hapenpuute ja aiemmin todettu infarkti. Kliinistä rasituskoetta käytetään epäiltäessä sydämen vajaatoiminnan aiheuttajaksi sepelvaltimotautia. Muita sydämen vajaatoiminnan lisätutkimuksia on sepelvaltimoiden varjoainekuvaukset ja isotooppitutkimus. (Ahonen ym. 2012, 177 & 248.)

### 3 Sydämen vajaatoiminnan hoito

Sosiaali- ja terveysalalla kaiken toiminnan perustana on potilaan etu ja jokaisella on oikeus päästä tarvitsemaansa hoitoon. Keskeisiä tavoitteita on hyvän tekeminen ja pahan välttäminen. Hyvän tekeminen ohjaa toimintaa suuntaan, jotka tukevat potilaan tarpeita, odotuksia ja toiveita. Pahan välttäminen merkitsee sitä, että toiminnasta seuraa potilaalle enemmän hyötyä kuin haittaa. Palveluiden tulisi olla oikeuden mukaisia ja kaikilla pitäisi olla yhdenmukainen pääsy palveluiden pariin. (Etene 2012.)

Sydämen vajaatoiminnan hoidon tavoitteena on lievittää potilaan oireita ja parantaa elämänlaatua, suorituskykyä ja sairauden ennustetta. Sairauden hoito muodostuu syysairauden hoidosta, laukaisevien ja pahentavien tekijöiden hoidosta, elintapaohjauksesta ja lääkehoidosta. (Ahonen ym. 2012, 248- 249.) Taustalla oleva sydänsairaus voi olla esimerkiksi sepelvaltimotauti, kohonnut verenpaine, läppävika tai eteisvärinä. Sydämen sepelvaltimoahtaukset hoidetaan pallolaajennuksella tai ohitusleikkauksella. Kohonnutta verenpainetta hoidetaan elintapamuutoksilla ja verenpainetta alentavilla lääkkeillä. Eteisvärinä korjataan sähköisellä rytminsiirrolla tai lääkkeillä. (Iivanainen ym. 2010, 252- 253.)

Sydämen vajaatoiminnan hoidossa on tärkeää, että potilas opetetaan sairauden omahoitoon ja kotiseurantaan, joilla ehkäistään vajaatoiminnan paheneminen (Käypähoito 2008). Potilaan hoidonsuunnittelussa huomioidaan potilaan oireet, sydänsairauden laatu sekä myötävaikuttavat sairaudet, jotka saattavat pahentaa vajaatoimintaa. Perusteellinen sairauden diagnosointi on tärkeää, jotta potilas saa tarkoituksenmukaista hoitoa. Kirurgisen hoidon mahdollisuudet tulee ottaa huomioon potilaan hoitoa suunniteltaessa. (Lommi, Nieminen & Harjola, 2008.)

#### 3.1 Sydämen vajaatoiminnan lääkehoito

Lääkehoito on sydämen vajaatoiminnan hoidon perusta, jolla voidaan vaikuttaa vajaatoiminnan ennusteeseen ja oireisiin. Lääkehoidolla saavutetaan hyvä hoitotasapaino. Lääkehoito suunnitellaan potilaan vajaatoimintaa aiheuttavien sairauksien ja oireiden perusteella. Hoidossa pyritään vaikuttamaan sairauden perussyhyyn, esimerkiksi kohonnut verenpaine hoidetaan lääkkeillä. Sydämen vajaatoiminnan hoidossa käytetään säännöllisesti suun kautta otettavia lääkkeitä. (Mustajoki 2012.) Sydämen vajaatoimintapotilaan lääkehoidon tarkoituksena

on vähentää sydämen kuormitusta ja saavuttaa hyvä hoitotasapaino, jotta oireet pysyvät kurissa ja jokapäiväinen elämä helpottuu. Sydämen vajaatoiminta edellyttää aina pysyvää lääkitystä. Potilaan lääkityksestä ja sen muutoksista vastaa aina lääkäri. Potilaan omatoiminen lääkkeiden vähentäminen tai lopettaminen voi johtaa taudin etenemiseen ja oireiden pahenemiseen. (Partanen 2011, 330- 331.) Sydämen vajaatoiminnan hoidossa käytetään säännöllisesti suun kautta otettavia lääkkeitä (Mustajoki 2012). Sydämen vajaatoiminnan lääkehoito perustuu ACE:n estäjiin ja beetasalpaajiin. Vaikeiden oireiden hoidossa tarvitaan lisäksi nesteenpoistajia, digoksiinia sekä verenhyytymistä estävää lääkitystä. Useimmiten sydämen toimintaa ja kuormitusta keventävät lääkkeet otetaan aamuisin. (Partanen 2011, 330- 331.)

Peter Holmström (2011, 74) toteaa, että sydämen vajaatoiminnan lääkehoidossa käytettävät ACE-estäjät kumoavat reniiniangiotensiinisysteemin vaikutukset. ACE-estäjät vaikuttavat suoraan vajaatoimintaa ylläpitäviin mekanismeihin ja samalla vähentävät oireita sekä parantavat potilaan ennustetta. ACE-estäjiä käytetään peruslääkityksenä viimeistään, kun systolinen vajaatoiminta kehittyy. ACE-estäjät sopivat etenkin verenpainetaustaista vajaatoimintaa sairastaville ja diabeetikoille, koska ne alentavat verenpainetta tehokkaasti ja ehkäisevät diabeettista munuaissairautta. Infarktin jälkeen käytettynä ACE-estäjät voivat estää kroonisen vajaatoiminnan syntymisen. ACE-estäjien tavallisin haittavaikutus on ärsytysyskä, josta kärsii noin 10% potilaista. Hoidon alussa voi esiintyä myös verenpaineen laskuun liittyvää huimausta. Suolanestetasapainon ja munuaisten toiminnan seuraaminen laboratoriotutkimuksella on tärkeää hoidon alussa. Jatkossa riittää, että veriarvoja seurataan harvemmin. Tulehduskipulääkkeiden käyttöä tulee seurata, sillä ne heikentävät lääkkeen tehoa. (Kettunen 2011, 320- 322.)

ACE-estäjän ollessa sopimaton potilaalle korvataan se angiotensiinireseptorin estäjällä. Joskus potilas hyötyy molempien lääkkeiden samanaikaisesta käytöstä. Angiotensiinireseptorin estäjä lääkitystä käytetään erityisesti vaikeaoireisen ja toistuvaa sairaalahoitoa vaativan sydämen vajaatoiminnan hoidossa. Tällöin on tärkeää seurata potilaan kreatiniini- ja kaliumarvoja. (Kettunen 2011, 322.) Angiotensiinireseptorin estäjät ovat yleisesti hyvin siedetty lääker ryhmä. Sivuvaikutuksena voi kuitenkin olla huimausta ja ihottumaa. Tulehduskipulääkkeiden käyttö ei ole suotavaa samanaikaisesti, koska ne heikentävät lääkkeen tehoa. (Paakkari 2011.)

Beetasalpaajia käytetään yleisesti sydän- ja verisuonitautien, kuten esimerkiksi kohonneen verenpaineen, sepelvaltimotaudin, rytmihäiriöiden ja hypertrofisen kardiomyopatian hoidossa. Rasitusrintakivussa beetasalpaajat lievittävät oireita pienentämällä sydämen syketiheyttä ja supistuvuutta. Myös sydämen systolinen paine pienenee ja sydämen hapen tarve levossa ja rasituksessa vähenee. Samalla potilaan suorituskyky paranee. Beetasalpaaja- hoidon alussa voi esiintyä haittavaikutuksina väsymystä, heikotusta sekä jalkojen ja käsien palelua. Lääkeannosta pienentämällä voidaan vähentää haittavaikutuksia. (Paakkari 2011.)

Diureetit lisäävät natriumin ja veden erittymistä munuaisten kautta ja siten vähentävät sydämen vajaatoimintaan liittyvää nesteen kertymistä elimistöön (Holmström 2012 73- 74). Nesteenpoistolääkkeiden teho voi alkaa nopeasti ja teho voi kestää voimakkaana useita tunteja. Virtsaamisen tarve voi tulla heti lääkkeen oton jälkeen. Tabletti otetaan vähintään viisi tuntia ennen nukkumaan menoa, jotta lisääntynyt virtsaneritys ei häiritse unta. (Partanen 2011, 331- 332.) Vajaatoiminnan pahentumisen ensimmäisiä merkkejä ovat painon äkillinen nousu, turvotusten lisääntyminen, hengityksen vaikeutuminen, yskä sekä sydämen sykkeen nousu. Tällöin voi omatoimisesti lisätä nesteenpoistolääkkeen annostusta, jos annoskoko on lääkärin toimesta määrätty liukuvaksi. On myös tärkeä tarkkailla voivatko oireet johtua muusta syystä. Muu oireita pahentava syy voi olla esimerkiksi keuhkotulehdus, jolloin nesteenpoistolääkkeiden lisääminen ei auta. (Mustajoki 2012.) Osa nesteenpoistolääkkeistä lisää kaliumin erittymistä virtsaan ja kertymistä elimistöön. Diureettilääkityksen aikana on tärkeää seurata kalium-, natrium- ja kreatiniini- arvoja laboratoriokokein. Liiallinen kalium tai sen puute elimistössä voi altistaa rytmihäiriöille. (Partanen 2011, 331- 332.)

Kohonnutta verenpainetta alennetaan verisuonistoa laajentavilla lääkkeillä, jotka vähentävät sydämen kuormittumista. Sairaalassa potilaan kohonnutta verenpainetta hoidetaan suonensisäisillä lääkkeillä. Verenpainetta voidaan alentaa myös tehokkaalla kipulääkityksellä. Jos potilas kärsii liian matalasta verenpaineesta, voidaan sitä kohottaa tilapäisesti lääkityksellä ja nestehoidolla. Lääke valitaan, kun on tehty arvio verenkierron ja sydämen tilasta. Verenpaineen ja sydämen supistumiseen vaikuttavien lääkkeiden käyttö vaatii jatkuvan sydämen rytmin ja verenpaineen seurannan, koska ne voivat aiheuttaa nopeita verenpaineen vaihteluita sekä altistaa rytmihäiriöille. Rintakipuiselle potilaalle annetaan ensiapuna nitroa kielen alle. Nitro vähentää verentungosta keuhkovaltimoissa ja - kapillaareissa sekä parantaa verenkiertoa sepelvaltimoissa. (Lommi 2011, 315.)

Akuuttia sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan ollessa sairaalahoidossa, voidaan lääkettä suunnitella päivittäin. Lääkkeet annetaan yleensä potilaalle suonensisäisesti, jotta saavutetaan nopea hoidon teho. Potilaan elintoiminnot, kuten esimerkiksi riittävä verenpaine, pyritään turvaamaan neste- ja lääkehoidoilla. Hapensaanti kudoksiin turvataan happinaamarilla tai positiivista hengitystiepainetta ylläpitävällä CPAP-naamarilla. Happi- ja CPAP-naamarit avustavat potilaan omaa hengitystyötä. Hengenahdistukseen liittyvää tuskaisuutta lievitetään kipulääkityksellä. Kivun lievittyessä usein myös hengitys helpottuu. Hengityskonetta käytetään jos potilas ei pysty hengittämään riittävästi avustettuna. Hengityskonetta käytetään myös tajuttomalla. (Lommi 2011, 314- 315.) Kroonisen sydämen vajaatoiminnan lääkehoito on pitkäaikaista ja kustannuksiltaan kallista monilääkehoitoa. Potilaan sairaalahoidon tarpeen vähenemisellä saavutetaan taloudellista hyötyä. Kroonisen vajaatoiminnan lääkehoidon tavoitteena on oireiden helpottaminen ja potilaan ennusteen paraneminen. (Kettunen 2011, 317.)

Lääkehoidon laiminlyönti on tavallisin syy, miksi potilas joutuu sairaalahoitoon pahentuneen sydämen vajaatoiminnan vuoksi. Potilaat saattavat annostella omavaltaisesti lääkkeitä, koska he pelkäävät lääkkeiden sivuvaikutuksia sekä haluavat pienentää lääkkeiden käytöstä aiheutuvia kustannuksia. Lääkkeiden käyttöön liittyy myös yliannoksen ja yhteisvaikutusten riski. Tämän vuoksi hyvin annettu potilasohjaus ja lääkehoidon tuki on tärkeää. (Kettunen 2011, 317.)

### 3.2 Sydämen vajaatoiminnan elintapahoito

Elintavoilla on suuri merkitys sydämen vajaatoiminnan hoidossa. Elintapamuutoksilla voidaan keventää sydämen työmäärää, ehkäistä sydänlihaskudoksen etenemistä sekä parantaa lääkelyn vaikutuksia. Sydämen vajaatoimintaa sairastavan henkilön tulisi lopettaa tupakointi, sillä se vähentää hapentarjontaa kudoksille ja lisää ääreisverenkierron vastusta. Runsas alkoholin käyttö altistaa rytmihäiriöille, aiheuttaa nesteen kertymistä elimistöön sekä aiheuttaa häiriöitä elektrolyyttitasapainoon. Alkoholin käyttö tulisi lopettaa kokonaan tai rajoittaa pieniin määriin. (Lommi, Nieminen & Harjola 2008.)

Liiallinen ylipaino lisää sydämen työmäärää sekä heikentää keuhkojen tuuletusta ja näin ollen vaikeuttaa vajaatoiminnasta johtuvia oireita. Potilaiden, joiden painoindeksi on yli 30, tulisi saada pitkäjänteistä laihdutusohjausta. Laihdutus on perusteltua aloittaa sairaalassa vähäenergisillä ravintovalmisteilla, jos vajaatoiminnan oireet ovat hankalat ja liittyvät selkeästi liialliseen painoon. Jos potilaalla on taipumusta turvotuksiin, tulisi runsasta nesteiden nauttimista ja suolan käyttöä rajoittaa. Potilaiden tulisi suosia vähäsuolaisia tuotteita ja välttää suolan lisäämistä ruokaan. Nesterajoituksilla on positiivinen vaikutus hyponatremiaa aiheuttavien oireiden korjaantumiseen ja diureettien tehon paranemiseen. (Lommi ym. 2008.)

Sydämen vajaatoimintapotilaan tulisi lisätä ruokavalionsa kasviksia ja hedelmiä, joilla turvataan kaliumin, hivenaineiden ja vitamiinien saanti. Rasvojen kokonaismäärää tulisi vähentää ja ruokarasvoiksi olisi hyvä valita tyydyttämättömiä ja monitydyttymättömiä rasvoja. Proteiinien saantia ei tarvitse rajoittaa ellei potilaalla ole vaikea munuais- tai maksavika. (Vauhkonen & Holmström 2012, 73.) Ruokahaluttomuus, pahoinvointi ja lihaskudoksen katoaminen voivat liittyä vaikeaan vajaatoimintaan. Potilas voi laihtua huomattavasti vaikean trikuspidaaliläpän vuodon tai kudosturvotusten yhteydessä. Liiallisen laihtumisen ja kakeksian ehkäisemiseksi tulisi lisätä ruokavalioon energiallisia sekä harkita vitamiini- ja hivenainelisiä. (Lommi 2008.)

Säännöllinen liikunta helpottaa sydämen vajaatoimintapotilaan painonhallintaa ja edistää toimintakyvyn ylläpitoa. Liikunnalla voidaan vähentää sairaudesta johtuvia oireita ja parantaa

elämänlaatua. Tavoitteena on myös pienentää sairastavuutta ja näin vähentää sairaalahoidon tarvetta. Liikunnalla vaikutetaan myös sairauden ennusteeseen ja mahdolliseen paranemiseen. Liikunnan tärkeimmät hyödyt ovat suorituskyvyn paraneminen ja pääoireiden eli rasitushengenahdistuksen ja lihasten väsymisen lievitys. (Lommi 2011, 96- 97, 327.)

Liikunnalla on myönteinen vaikutus sydämen vajaatoiminnan ennusteeseen. Liikunnan laadun ja määrän tulisi olla sopusoinnussa verenkiertoelimistön ja lihaksiston toimintareservien kanssa. (Lommi ym. 2008.) Kuntoilua tulisi lisätä asteittain. Kaikki liikunta on hyväksi potilaalle, jos se lisää mielihyvää ja eikä lisää vajaatoiminnan oireita. Suositeltavin liikuntamuoto on kuntoliikunta, joka lisää lihasten peruskuntoa ja lihasvoimaa. Rasituksen jälkeen tulee levätä, jotta sydämelle jää aikaa toipua rasituksesta. (Vauhkonen ym. 2012, 73.)

### 3.3 Sydämen vajaatoiminnan muut hoitomenetelmät

Vajaatoiminnan oireisiin ja ennusteeseen voidaan vaikuttaa hoitamalla epästabili sepelvaltimotauti pallolaajennuksella tai ohitusleikkauksella. Myös merkittävän tai vaikean läppävian korjaus kannattaa, jos vasen kammio ei ole vaikeasti vaurioitunut. (Holmstöm 2012, 76.) Läppävika korjataan asentamalla sydämeen keinoläppä (Mustajoki 2012). Akuuttiin vajaatoimintaan auttaa leikkaushoito, jos kyseessä endokardiitin eli sydänläppätulehduksen aiheuttama akuutti läppävika (Holmstöm 2012, 76).

Leikkaushoitoa voidaan käyttää parantamaan vasemman kammion toimintaa, jos sydämen vajaatoiminnan ennuste on huono kaikesta lääke- ja yleishoidosta huolimatta. Leikkaushoidolla voidaan vähentää jonkin verran potilaan oireita, mutta täysin parantavaa leikkaushoitoa ei ole vielä keksitty. Leikkaushoidon haittapuolina ovat komplikaatiot, infektiot sekä keinolaitteiden korkea hinta. Viimeisenä vaihtoehtona on sydämensiirto, jota ennen kuitenkin pyritään voittamaan aikaa asentamalla vasempaan kammioon tukipumppu. (Holmström 2012, 76.)

Sydämensiirto tulee kyseeseen, jos muilla hoidoilla ei pystytä korjaamaan sydämen pumpausvoimaa ja lyhyen aikavälin ennuste näyttää huonolta. Sydämensiirto ja siihen liittyvät hoidot ovat potilaalle raskaita. Siirto voidaan tehdä ainoastaan silloin, kun potilaalla ei ole muuta sairautta, joka voi vaikeutua leikkauksen tai siihen liittyvän immuunilääkityksen johdosta. Esimerkiksi infektiot voivat pahentua elinsiirtolääkkeiden käytön takia. Sydämensiirron edellytyksenä on potilaan hyvä yhteistyökyky ja kohtuullisen nuori ikä. Vain 20- 40 % vaikeaa vajaatoimintaa sairastavista on elossa viiden vuoden kuluttua, kun taas sydämensiirron jälkeen luku on 75 %. (Holmström 2012, 76.)

#### 4 Sydämen vajaatoimintapotilaan kuntoutus

Sydänpotilaan kuntoutuksen tavoitteena on ehkäistä ennalta sairauden paheneminen, parantaa ennustetta, tukea potilaan toipumista, henkistä jaksamista ja arjessa selviytymistä. Lääketieteellisin, psykologisin ja sosiaalipoliittisin keinoin pyritään säilyttämään potilaan toimintakyky niin kauan kuin mahdollista. Kuntoutus jaetaan kansainvälisesti kolmeen eri vaiheeseen; sairaala-, toipumis- ja ylläpitovaiheisiin. Sairaalavaiheessa potilasta kuntoutetaan akuuttivaiheen aikana. Toipumisvaiheen kuntoutus toteutuu ensimmäisen kuukauden- vuoden kuluessa potilaan sairaalasta kotiutumisesta. Ylläpitovaiheessa pyritään ylläpitämään potilaan toimintakykyä loppuelämän ajan. (Hämäläinen 2008.)

Sydänpotilaiden kuntoutuksesta vastaavat useat eri tahot. Kunnan on kansanterveyslain mukaan järjestettävä asukkaidensa hoito mukaan lukien kuntoutus. Myös erikoissairaanhoidolla on velvollisuus järjestää kuntoutusta. Sydänliitto on keskeisessä roolissa kuntoutuksen järjestämisessä. Se järjestää kursseja sekä avohoidossa että laitoksissa yhteistyössä paikallisen terveydenhuoltohenkilöstön kanssa. Kansaneläkelaitoksen kuntoutuksen asiakkaina ovat pääsääntöisesti sepelvaltimotautia sairastavat työikäiset, mutta myös vajaatoimintaa sairastaville on oma kurssi tarjolla. (Hämäläinen 2008.)

Sydänpotilaan kuntoutus on suunnitelmallista, monialaista, tavoitteellista ja usein myös pitkäjänteistä toimintaa, jonka tavoitteena on toimintakyvyn, itsenäisen selviytymisen ja hyvinvoinnin edistäminen sekä työkyvyn parantaminen. Kuntoutus on kokonaisvaltaista potilaan ongelmien hoitamista. Tarkkaa rajaa hoidon, kuntoutuksen ja sekundaariprevention välille ei voi vetää, sillä ne limittyvät toisiinsa. On tärkeää osata arvioida kuntoutuksen tarve, koska kaikki potilaat eivät tarvitse kuntoutusta tai hyödy siitä. Sairaanhoitopiirien tulisi sopia kuntoutukseen liittyvistä seikoista sekä hoitoketjun toimintavoista ja potilaan ohjauksesta palveluketjun eri vaiheissa. Yhteistyö kolmannen sektorin kanssa on tärkeää potilaan toipumis- sekä kunnon ylläpitovaiheessa. (Hämäläinen 2008.)

Moniammatillisella yhteistyöllä saavutetaan tuloksia sydänpotilaiden hoidossa. On tutkittu, että tavoitteellisesti suunniteltu ja toteutettu kuntoutusohjelma parantaa hoitotuloksia sekä potilaan vointia. Potilaiden toimintakyky, elämänlaatu sekä hoitomyöntyvyys ja hoidon jatkuvuus paranevat hyvin suunnitellun kuntoutusohjelman ja palveluketjun sujuvuuden myötä. Edellä mainittujen lisäksi myös kuolleisuus ja sairastaminen vähenevät. Kuntoutuksesta hyötyvät erityisesti fyysisesti huonokuntoiset potilaat. (Rantala & Virtanen 2008.)

Kuntoutus on tärkeä osa potilaan hoitoa varsinkin silloin, kun sairauden tai vamman aiheuttama muutos on suuri. Potilaan hoidon ja toipumisen kannalta on tärkeää liittää lääketieteellisen hoitoon myös hoitotuloksia tukevia sekä arkielämää helpottavia ei-lääketieteellisiä toi-

menpiteitä. Usein nämä toimenpiteet on käsitetty kuntoutukseksi. Kuntoutuksessa on otettava huomioon sekä yksilö että ympäristö ja näiden välinen vuorovaikutus. Kuntoutus on integroitunut osaksi julkisia palveluita. Usealla eri taholla on vakiintunut hyviä hoito- ja kuntoutusmuotoja eri potilasryhmille. Hoitoketjun onnistumisen takaamiseksi on kiinnitettävä huomiota useaan kriittiseen kohtaan, kuten suunnitteluun, vastuukysymyksiin, toimijoiden yhteistyöhön sekä kuntoutujan yksilölliseen tilanteeseen ja toiveisiin. (Puumalainen 2008.)

Kuntoutuksen kannalta on tärkeää hyvä potilasohjaus; potilasta tulisi ohjata alkoholin ja muiden nesteiden käytön rajoittamiseen, tupakoinnin lopettamiseen, liikuntaan sekä riittävään lepoon. Sopiva määrä liikuntaa parantaa potilaiden suorituskykyä sekä vähentää vajaatoiminnan oireita. Kuntoa kohottava liikunta kannattaa aloittaa valvotusti. Kun potilas on oppinut omat rajansa ja komplikaatioita ei ole ilmennyt, voidaan potilas ohjata kotiliikuntaan. (Hämäläinen 2008.)

Sydämen vajaatoiminta on etenevä ja potilaan kuntoa heikentävä sairaus, johon voi liittyä huonosta psyykkisestä ja fyysisestä terveydestä johtuvaa masennusta. Sairauden vakavuus ja masennus vaikuttavat potilaan elämänlaatuun. Mielenterveyspalvelut mahdollistavat sen, että potilaan elämänlaatu paranee. (Cully, Phillips, Kunik, Stanley & Deswal 2010.)

## 5 Sydämen vajaatoimintapotilaan ohjaaminen ja sen merkitys hoitoon sitouttamisessa

Kaikilla sydämen vajaatoimintaa sairastavilla ei ole tietoa sairauteensa johtaneesta syystä. Potilaat eivät myös tiedä kuinka sairauden oireet syntyvät. Ohjaaja kertoo ohjattavalleen perusteellisesti sydämen vajaatoiminnan taustalla olevasta sydänsairaudesta. (Partanen & Lommi 2006, 2012.) Sydämen vajaatoimintapotilaan hoito sisältää elämäntapoihin kohdistuvaa potilasohjausta, yksilöllisesti suunnitellun lääkehoidon sekä joskus myös kajoavia toimenpiteitä. Kun potilaalle ilmaantuu sydämen vajaatoiminnan oireita, on taustalla oleva sydäns sairaus yleensä jo pitkällä ja harvoin kokonaan parannettavissa. Tämän takia sydämen vajaatoimintaa sairastava potilas tarvitsee säännöllistä seurantaa ja ohjausta. (Lommi & Partanen, 2011, 325.) Sydämen vajaatoimintapotilaan ohjauksella tavoitellaan sitä, että potilas osallistuu alusta lähtien omaan hoitoonsa ja sairauden vaatimaan tarkkailuun. Sairaanhoitaja antaa potilasohjausta liittyen vajaatoiminnan syntymekanismeihin, oireisiin, hoitomenetelmiin ja itsehoitoon. Hoidon toteutumista seurataan. (Partanen & Lommi 2006, 2010.)

Potilaan ohjaus koostuu lääkehoidon toteuttamisen ohjauksesta, miten oireita seurataan sekä mikä merkitys on liikunnalla ja levolla. Potilaalle kerrotaan miten hakeutua hoitoon sairauden pahenemisvaiheessa. Potilaalle tehdään ruokailutottumusten ja nesteiden käytön kartoitus. Muutettaviin asioihin tehdään korjauksia ja ne ohjataan potilaalle hyvin. Potilasta ohjataan



huomioimaan rasvan määrää ja laatua ruokavaliossaan sekä suolan käyttöä. Liika suola aiheuttaa sen, että sydämen vajaatoiminnan turvotukset lisääntyvät. (Partanen & Lommi 2006.) Potilas, joka kykenee itse hoitamaan sairauttaan, tarvitsee tietoa sairaudestaan, sairauden hoidosta ja sairauden aiheuttamista muutoksista elämään. Myös potilaan omaisten on tärkeää tuntea sydämen vajaatoiminta sairautena. Potilaan itsehoidon potilasohjauksessa on hyvä lähteä siitä, että kerrotaan selkeästi ja yksinkertaistaen mitä sydämen vajaatoiminta tarkoittaa. Potilasta ja omaisia ohjataan niin, että he osaavat tunnistaa tyypillisimmät sairauden pahenemisen oireet: lisääntynyt hengenahdistus, painon nouseminen, jalkojen turvotus ja räsituksen siedon heikentyminen. Sairauden pahentuessa potilasta ja omaisia ohjataan ottamaan yhteys lääkäriin. (Partanen & Lommi 2006.)

Sydämen vajaatoimintapotilaan itseohjauksen tavoitteena on, että sairaus pysyy hallinnassa ja kuolleisuus sekä hoidon kustannukset laskevat. Sydämen vajaatoimintaa sairastavalle annettava itsehoidon ohjaus auttaa potilasta sitoutumaan sairautensa hoitoon. Hoitoon sitoutumisella on sairauden pahenemista ja kuolemaa vähentävä vaikutus. Hoitotyöntekijä motivoi potilasta noudattamaan hoito-ohjeita ja hoitotyön suunnitelmaa. Potilaalle kerrotaan vajaatoiminnan syystä, ennusteesta ja oireista. Potilaalle ja omaisille annetaan ohjausta miten seurata ja tunnistaa sydämen vajaatoiminnan pahenemisen oireet. (Kemppainen, Kiema & Kvist 2011.)

Sydämen vajaatoiminta on krooninen sairaus, joka vaatii potilaita luottamaan itsehoidon taitoihinsa, jotta elämänlaatu säilyy ja paranee. Potilaan luottamus itsehoidon taitoihin vaikuttaa positiivisesti elämänlaatuun. Hoitajien tulee tunnistaa sydämen vajaatoimintapotilaat, jotka eivät usko pärjäävänsä kotona itsehoidon turvin. Hoitajan tehtävänä on saada potilas luottamaan ja uskomaan itsehoidon taitoihinsa sairauden hoidossa. (Britz & Dunn 2010.)

Potilasta ohjataan tupakoinnin lopettamiseen motivoimalla häntä siihen. Potilaalle kerrotaan mitä haittavaikutuksia tupakoinnilla on. Potilaalle kerrotaan tupakoinnin vieroitusoireiden hoitomuodoista. (Partanen ja Lommi 2006, 2014.) Tupakointi rasittaa sydäntä lisää ja sen vuoksi vajaatoimintapotilaan tulisi lopettaa se kokonaan. Tupakoinnilla on sydämen sykettä ja verenpainetta nostava vaikutus. Tupakointi altistaa myös veritulpile ja rytmihäiriöille. (Käypähoito 2008.) Potilas voidaan ohjata mahdollisesti tupakasta vieroittumisen ryhmiin. Potilaan tupakoinnin lopettamispäätöstä tuetaan. Alkoholinkäytön tulisi olla kohtuullista, sillä alkoholi kuormittaa sydäntä nostamalla sykettä ja altistamalla rytmihäiriöille. (Partanen ja Lommi 2006, 2014.) Alkoholin kerta-annos saa olla korkeintaan kaksi ravintola-annosta vuorokaudessa. Runsas alkoholinkäyttö aiheuttaa nesteen kertymistä elimistöön, verenpaineen nousua ja rytmihäiriöitä. (Käypähoito 2008.)

Onnistunut ohjaus vaatii potilaalta hyvän tiedon vastaanottokyvyn. Potilaat haluavat monipuolisesti tietoa sydämen vajaatoiminnasta. Potilaat haluaisivat enemmän ohjausta liittyen sydämen vajaatoimintaan, lääkehoitoon, oireiden seurantaan, ennusteeseen ja riskitekijöihin. Ohjauksen onnistuessa potilas ymmärtää elintapojen vaikutuksen sairauteen. (Partanen & Lommi 2006, 2012.) Sydämen vajaatoiminnan hoidon toteutumista seurataan. Seurannassa tarkkaillaan sydänsairauden etenemistä, liitännäissairauksien vaikutusta ja potilaan hoito-myöntyvyyttä elintapamuutoksiin ja lääkehoitoon. (Partanen & Lommi 2006, 2010.)

Kääriäisen ja Kynkään (2005) mukaan potilasohjaus on aktiivista ja tavoitteellista toimintaa. Potilasohjaus on vuorovaikutteista toimintaa ohjaajan ja ohjattavan välillä. Ohjauksessa keskitytään ohjattavaan kokonaisuutena. Hyvä potilasohjaus perustuu asiakaslähtöiseen ohjausprosessiin. Asiakaslähtöisellä potilasohjauksella tarkoitetaan ohjaajan ja ohjattavan välillä tapahtuvaa aktiivista ja tavoitteellista toimintaa. Asiakaslähtöinen ohjaus jakautuu suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Ohjauksen suunnittelun pitäisi pohjautua ohjattavan taustatekijöihin. Tavoitteet potilasohjaukselle pitäisi sopia yhdessä ohjattavan kanssa sekä lyhyelle että pitkälle aikavälille. Lyhyelle aikavälille asetetut tavoitteet ohjaavat päämäärän saavuttamisessa. Ohjattavan saavuttaessa pienenkin tavoitteen antaa se hänelle onnistumisen kokemuksen sekä lisää motivaatiota hoitoon. Kaikkia potilasohjaukselle asetettuja tavoitteita ei välttämättä aina saavuteta ja ohjaajan tulisi tiedostaa se ja kertoa etukäteen siitä ohjattavalle. Odotukset potilasohjaukselle voivat olla ohjaajalla ja ohjattavalla eriävät ja sen takia tavoitteet pitäisi kirjata ja päivittää säännöllisin väliajoin. (Kääriäinen, Lahdenperä & Kyngäs 2005, 27- 28.)

Potilasohjauksen toteutuksessa ohjaajalla on tärkeä rooli. Ohjaajalla täytyy olla hallussa riittävät tiedot asioista, joita ohjaa, oppimisen periaatteista, ja ohjausmenetelmistä ja ohjaus-tyyleistä. Sopivien ohjausmenetelmien valintaan vaikuttaa se kuinka ihminen omaksuu asioita. Ohjaajan tulee auttaa ohjattavaa tiedostamaan oma tyylinsä asioiden omaksumisessa. Ohjattavalle voi olla esimerkiksi helpointa asioiden visuaalinen hahmottaminen, jolloin ohjaaja voi käyttää ohjauksessa kuvamateriaalia ja ohjata sen keinoin. Potilasohjauksessa annettavan tiedon pitäisi olla ajan tasalla olevaa ja näyttöön perustuvaa tutkimustietoa ja tiedon antamisessa tulee ottaa huomioon ohjattavan omat näkemykset asioista ja elämäntilanne. Potilasohjaustilanteessa pitäisi olla asianmukaiset tilat käytössä, joissa ohjaustilanne ei häiriinny. Potilasohjauksen arvioinnissa ohjaaja arvioi toiminnan vaikutusta. Ohjaustilanteen loppuvaiheessa on tärkeää kerrata keskeiset asiat, koska parhaiten ihminen muistaa ensimmäisen ja viimeisen asian, jotka hänelle on ohjaustilanteessa kerrottu. (Kääriäinen ym. 2005, 27- 28.)

Potilasohjauksen muotoja ovat suullinen ohjaus, kirjallisesti annettava ohjaus ja audiovisuaalinen ohjaus eli äänen ja kuvan avuin toteuttava ohjaus. Ohjaustavoista yleisin on suullinen ohjaus. Suullisessa ohjauksessa ohjaaja ja ohjattava ovat vuorovaikutuksessa keskenään. Vuo-

rovaikutteisessa ohjaustilanteessa ohjattava voi esittää kysymyksiä ja saada tietoa ohjaajalta. Ohjaaja pystyy vuorovaikutustilanteessa oikaisemaan väärin ymmärrettyjä asioita. Suullista ohjausta voi tehdä sekä yksilötasolla että ryhmissä. Ohjattavat arvostavat yksilötasosta ohjausta. Yksilöohjaus antaa motivaatiota ja aktiivisuutta, ohjauksen ilmapiiri on vapaamuotoinen ja jatkuva suullisen palautteen antaminen mahdollistuu. (Kynäs & Kääriäinen 2005, 211.) Vuorovaikutus on tärkeä elementti sosiaali- ja terveysalalla. Vuorovaikutuksen tulee olla sekä asiakkaiden ja ammattilaisten välillä arvostavaa ja inhimillistä. Hyvän vuorovaikutuksen perustana on keskinäinen luottamus, rehellisyys ja molemminpuolinen sitoutuneisuus. (Etene 2012.)

## 6 Sydämen vajaatoimintapotilaiden palveluketju

Sosiaali- ja terveydenhuollon laissa säädetään palvelu- ja hoitoketjuista. Palvelu- ja hoitoketjujen tavoitteena on saumattomuus, näyttöön perustuminen ja hoidon vaikuttavuus. Terveystieteidenhuoltolaki (2011) määrittelee, että terveydenhuollon tulee sisältää terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen, perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon. Hoito- ja palveluketjuja edistää moniammatillinen asiantuntemus toimintayksikköjen johdossa. (Ahonen ym. 2012, 74.)

Palveluketjulla tarkoitetaan saman asiakkaan tiettyyn ongelmakokonaisuuteen kohdistuvaa sosiaali- ja terveydenhuollon rajat ylittävää suunnitelmallista ja yksilöllistä palveluprosessia ja sen toteutumista. Palveluketjun jatkuvuuden edellytyksenä on saumaton tiedonkulku eri organisaatioiden välillä. Tiedonkulku on myös tärkeää hoitoprosessien ja hoitosuhteen jatkuvuuden kannalta. Jokainen edellä mainittu tekijä on tärkeä edellytys ketjun toimivuudelle. Jatkuvuuden tunnusmerkkinä on, että kuntoutuja kokee hoidon jatkuvuuden yhtenevänä ja johdonmukaisena. Sydänkuntoutujan palveluketju voi muodostua siirtymisestä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon ja sieltä edelleen laitospotilaiden hoitoon. Pelkät rutiinikäynnit lääkärin vastaanotolla riittävät jos sydänsairaus on hyvässä hoitotasapainossa. (Hämäläinen & Röberg 2007, 57.)

Palvelu- ja hoitoketjut ovat Käypä hoito-suositusten alueellisia ja soveltavia toimintaohjeita. Hoitoketjujen päämääränä on yhtenäistää hoitokäytäntöjä. Niiden tarkoitus on myös selkeyttää tutkimusten sekä hoidon porrastusta. Palveluketjussa toimivat perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon, kolmannen sektorin ja yksityisen sektorin osaajat yhteistyössä. Tavoitteena on, että potilaan hoito on tarkoituksenmukaista ja sujuvaa. Organisaatorajat eivät saa olla esteenä toiminnan sujuvuudelle. (Valtimoterveydeksi-projekti 2009- 2010, 20.) Moniammatillinen asiantuntemus vaikuttaa positiivisesti palveluketjun toimivuuteen. Se lisää turvallista ja laadukasta potilaan hoitoa. Moniammatillisen tiimin jäsenet kehittävät palveluketjun hoito- ja toimintatapoja. (Ahonen ym. 2012, 74.)

## 6.1 Saumattomat palveluketjut sydämen vajaatoimintapotilaan hoidossa

Valtimoterveudeksi projektiin (2009- 2010, 57- 58) toimijat toteavat, että eri tahojen yhteistyö takaa laadukkaiden palveluiden kokonaisuuden. Palveluketju kokoaa kokonaisuudeksi eri organisaatioiden tuottamat terveys-, ravitsemus- ja liikuntapalvelut sekä julkisella että yksityisellä puolella. Palveluketjujen keskeinen ajatus on hyödyntää asiantuntijuutta tarkoituksen mukaisesti, poistaa päällekkäisyyksiä sekä tuottaa kustannustehokkaita palveluita asiakkaalle. Palveluketju on toimintamalli, jonka eteen toimijat tekevät suunnitelmallista työtä sekä sitoutuvat yhteisiin käytäntöihin ja tavoitteisiin. Palveluketjun onnistumisen edellytyksenä on, että toimijat ovat tietoisia palveluketjusta ja sen merkityksestä.

Terveystieteiden alan ammattilaisilla on vastuu palvelun laadusta, palveluiden oikeudenmukaisuudesta, palveluiden tarjonnasta sekä jatkuvuudesta. Ammattilaisten osaamisen ja taitojen tulee olla ajan tasalla ja heillä tulee olla mahdollisuus kehittyä työssään. Eettinen osaaminen on ammattitaidon kannalta tärkeää. Eettisyys korostuu kaikissa päätöksissä kaikilla terveydenhuollon tasoilla. Erityisesti etiikan ja talouden välisiin jännitteisiin tulee kiinnittää huomiota. (Etene 2012.)

Mitä varhaisemmassa vaiheessa akuutti sydämen vajaatoiminta todetaan, sitä nopeammin potilaan toipuminen alkaa. Akuutti, äkillisesti alkanut vajaatoiminta vaatii usein erikoissairaanhoidon kattavia tutkimuksia. Hoitotoimenpiteet ja tutkimukset ovat monimuotoisia eikä niitä ole mahdollista toteuttaa perusterveydenhuollossa tai potilaan kotona. Akuutin vajaatoiminnan ollessa kyseessä yleensä ensihoito aloittaa potilaan hoidon jo tämän kotona ja hoito jatkuu kuljetuksen aikana sekä sairaalassa. Ensiselvittelyt tehdään yleensä päivystyspoliklinikalla, vaikka vajaatoiminnan taustasyys olisikin selvillä. Sydämen vajaatoiminnan kehittyessä hirtaasti ja oireiden ilmetessä muutamien päivien kuluessa voidaan hoitoa jatkaa avoterveydenhuollossa tai kotona kotisairaanhoidon turvin. Tämä edellyttää lääkärin arviota sekä tiheän seurannan mahdollisuutta. (Lommi 2011, 313.)

Kroonisen sydämen vajaatoiminnan taustalla on usein erilaiset sydänvial, joista yleisin on sepelvaltimotauti. Lieväoireiset sydämen vajaatoimintapotilaat hoidetaan perusterveydenhuollossa, kun taas vaikeaoireiset tarvitsevat sydämensiirron. Työnjaon tulee olla selkeä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Hoidon pitää olla selkeästi porrastettua. Informaation lisääminen eri toimijoiden välillä on tärkeää. Potilailla olisi hyvä olla nimetty hoitaja, joka on perehtynyt kyseisen potilasryhmän ongelmiin ja kehen saa tarvittaessa yhteyden. (Hämäläinen 2008.)

Sydämen vajaatoimintapotilaan palveluketjulla tarkoitetaan sitä, että potilaan hoitovastuu jakautuu tarkoituksenmukaisesti eri hoitotahojen kesken. Hoitotahoihin kuuluu perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoito, jotka sopivat yhdessä vajaatoiminnan hoidon eri vaiheiden työnjaon. Sillä voidaan saavuttaa hoidon laadun paraneminen, rahalliset säästöt ja hoidon vaativien resurssien oikein kohdentuminen. (HUS-Helsinki 2000.)

Sairaalahoitojen määrät ovat lisääntyneet sydämen vajaatoiminnan takia. Lisääntynyt sairaalajaksojen määrä aiheuttaa yhteiskunnalle kalliit kulut. Eritoten potilaat, jotka sairastavat vaikeaa vajaatoimintaa, joutuvat olemaan usein pitkään sairaalahoidossa ja siksi on tärkeää havaita vajaatoimintapotilaat ajoissa ja ohjata heidät oikean hoitoketjun piiriin. Erikoissairaanhoito ja perusterveydenhuolto voivat yhdessä toiminnallaan vaikuttaa siihen, että sairaalahoitojaksojen määrät vähenevät ja niiden kesto lyhenee. Säästöjä tulee, kun sairauden diagnosoiminen ja kokemukset ovat onnistuneet. (HUS-Helsinki 2000.)

Sydämen vajaatoiminnan hoidossa painottuvat avoterveydenhuolto, koti, poliklinikat ja vuodeosastot. Avovastaanotto, terveystakeskus ja oma lääkäri hoitavat sydämen vajaatoimintapotilaan seurannan suurimmassa osassa tapauksista. Sydämen vajaatoiminnan ollessa akuutti hoito tapahtuu sairaalassa osastohoidossa. Sairaalahoidossa panostetaan potilaan lääkityksen tarkistamiseen ja korjaamiseen. Pääsääntö on, että jokainen vajaatoimintapotilas saa erikoisalan asiantuntijan (erikoislääkäri tai kardiologi) arvioimaan vajaatoiminnan syitä ja mekanismeja sekä tekemään henkilökohtaisen hoitosuunnitelman. Erikoisalan asiantuntijaa tulee konsultoida aina tarvittaessa. (HUS-Helsinki 2000.)

Sydämen vajaatoimintapotilaalle annetaan ohjausta ja terveystalveluja terveydenhuollon toimihenkilöiden toimesta. Terveydenhuollon toimihenkilöt ovat terveydenhoitajia, kotisairaanhoitajia ja lääkäreitä. Terveydenhuolto tarvitsee potilaiden hoidon laadun kehittämistä. Terveydenhuollon henkilöt sopivat yhdessä sydämen vajaatoimintapotilaan hoidon järjestämisen toimintaperiaatteet. Hoito järjestetään niin, että potilas saa asianmukaista hoitoa sovitun toimintaperiaatteen mukaan. Siten potilaiden elämänlaatu kohenee, tarve sairaanhoitoon laskee ja sairaalahoidon aiheuttamat kulut laskevat. (HUS-Helsinki 2000.)

Terveystakeskuksen tehtäviin kuuluu vajaatoiminnan kliininen diagnosoiminen, kuntoutuksen järjestäminen, potilaan ja omaisten ohjaus sekä lieväoireisten potilaiden lääkehoidon aloitus, toteutus ja seuranta. Erikoissairaanhoidossa tehdään myös kliinistä diagnosoimista. Erikoissairaanhoidossa selvitetään potilaan syysairaus ja tehdään tarvittaessa tutkimuksia. Tutkimuksia ovat sydämen ultraäänitutkimus, raskitus-ekg, holter-rekisteröinti, angiografia ja sydämensiirtoselvitys. Vaikeaoireisille potilaille aloitetaan lääkehoito ja sen tehoa seurataan. Erikoissairaanhoidon tehtäviin kuuluu kehittää vajaatoiminnan hoitoa ja koulutusta. (HUS-Helsinki 2000.)

HUS on määritellyt avohoidossa olevan sydämen vajaatoimintapotilaan sairaalahoitoon ohjaamisen kriteerit. Akuutti vajaatoiminta hoidetaan päivystysluonteisesti sairaalassa. Aiemmin vakaan vajaatoimintaoireiston äkillinen vaikeutuminen hoidetaan sairaanhoidossa. Sairaanhoidoon kuuluvat myös potilaat, joilla oireet ovat vakavat. Heille aloitetaan vajaatoimintalääkitys; ACE-estäjä ja beetasalpaaja tai lääkitykseen tehdään muutoksia. Oireiden lievittämiseen ja sairaalahoidon tarpeen vähentämiseen käytetään diureettia, nitraattia ja digitaalisia lääkkeitä. Lääkitys on yksilöllinen ja sen teossa huomioidaan potilaan syysairaus ja liitännäissairaudet. Sairaalahoitojakson aikana selvitetään vajaatoiminnan vaikeutumisen syy. Syitä voivat olla esimerkiksi sydänperäiset syyt, lääkkeiden sivuvaikutukset ja alkoholin suurkulutus. (HUS-Helsinki 2000.)

Suurin osa vajaatoiminnan tutkimuksista tehdään poliklinisesti vastaanotolla. Potilaan oireiden (hengenahdistus ja nestekuormitus kehossa) ollessa vakavat ohjataan hänet sairaalaan tutkimuksia varten. Nestelasti puretaan sairaalassa suonensisäisesti diureetein. Sydämen vajaatoiminnan vaikeusastetta arvioidaan ja hoito määritellään sen mukaan. Potilaan oireet ja esitiedot kartoitetaan. Tehdään selvitys vajaatoimintaa aiheuttavista sydänsairauksista. Avovastaanotossa sydämen vajaatoiminnan diagnosoinnin apuna käytetään kliinisiä tutkimuksia. Kaikille potilaille tehdään kliininen tutkimus. Kliinisellä tutkimuksella selvitetään vajaatoiminnan aiheuttamat hemodynaamiset ja metaboliset muutokset. Kliiniseen tutkimukseen kuuluu palpaatio eli esimerkiksi pulssin tunnustelu, auskultaatio (sydämen ja keuhkojen kuuntelu), keuhkojen röntgenkuva, sydänfilmi, laboratoriokokeet ja sydämen ultraäänitutkimus. Sydämen ultraäänitutkimus on tärkeä, koska sillä saadaan selvyys vajaatoiminnan mekanismista ja syysairaudesta. Invasiivisia tutkimuksia tehdään tarvittaessa. Potilaalle tehdään invasiivisia tutkimuksia esimerkiksi jos hänellä epäillään olevan koronaaritauti tai kirurgisesti hoidettava rakenteellinen vika sydämessä. (HUS-Helsinki 2000.)

## 6.2 Ammattilaisten kokemat hyödyt palvelu- ja hoitoketjuista

Palvelu- ja hoitoketjujen yhtenäiset käytännöt ja toimintatavat ohjaavat suunnitelmalliseen ja pitkäjänteiseen toimintaan sekä vahvistavat sitoutumista ja kokemusta työn mielekkyydestä. Asiakslähtöisyys ja asiakasta aktivoiva toimintatapa korostuvat hoito- ja palveluketjuissa. Hoito- ja palveluketjut edistävät kirjaamista sekä hoidon jatkuvuutta ja seurantaa. Ammattilaiset ovat kokeneet, että palvelu- ja hoitoketjut helpottavat tiedon kulkua ja työtä, täsmentävät eri tahojen työnjakoa, auttavat järjestämään toisiaan täydentäviä palveluita, helpottavat työnjakoa eri toimijoiden välillä sekä vahvistavat yhteisöllisyyden kokemusta. Organisaatioiden väliset tietokatkokset vähenevät ja tiedonkulku tehostuu sähköpostin, internetin, intran ja perinteisen postin välityksellä. (Valtimoterveydeksi- projekti 2009- 2010, 24.)

## 7 Tutkimuksen toteutus

Tutkijan tulee olla selvillä siitä, mihin tarkoitukseen hän tutkimusta tarvitsee ja mikä on tutkimusongelma. Tämän jälkeen on arvioitava, että vastaako tutkimusryhmä ja -ongelma tarkoitusta. Tutkijan tulee myös vastata siitä, että tutkimus on eettisesti hyväksytty. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 365- 366.)

Tämän tutkimuksen tutkimusmenetelmänä käytetään kvalitatiivista eli laadullista tutkimusta. Kvalitatiivisen tutkimuksen lähtökohtana on kuvata todellista elämää. Todellisuus ajatellaan moninaisena. Kvalitatiivisen tutkimuksen tarkoituksena on tutkittavan ilmiön kokonaisvaltainen tutkiminen. Kvalitatiivisella tutkimuksella pyritään löytämään tai paljastamaan tosiasioita. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 157.) Kvalitatiivisella tutkimusmenetelmällä voidaan tutkia ihmisten terveyden ja sairauden kokemuksia, hoitokokemuksia ja ihmisten niille antamia merkityksiä. Kvalitatiivisen tutkimuksen tarkoitus tässä tutkimuksessa on lisätä ymmärrystä tutkimusilmiöstä tässä tapauksessa terveydenhuoltohenkilöstön kokemuksia sydämen vajaatoimintapotilaiden hoidon ja palveluketjun toimivuudesta. Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä on tässä tutkimuksessa perusteltua sillä, että ilmiön määrällinen mittaaminen tai tiedon havainnoiminen ei riitä vaan ilmiön ymmärtämiseksi kaivataan ihmisten omia kokemuskuvauksia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010.)

### 7.1 Tutkimuksen lähtökohta ja tutkimusongelmat

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata terveydenhuoltohenkilöstön kokemuksia sydämen vajaatoimintapotilaan hoidosta ja palveluketjun toteutumisesta. Tutkimus on osa sydämen vajaatoimintapotilaan hoidon kehittämishanketta 2012. Hankkeessa on mukana HUS Hyvinkään sairaala, Hyvinkään perusterveydenhuolto ja Laurea ammattikorkeakoulu Hyvinkää. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää hoitoketjun kehittämisessä ja laadun parantamisessa.

Tutkimusaihe ja -ongelma eivät saa loukata ketään tai sisältää väheksyviä oletuksia jostain potilas- tai ihmisryhmästä (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 365). Tutkimuksen tarkoituksena on kunnioittaa haastateltavien itsemääräämisoikeutta. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja tutkittaville annetaan mahdollisuus tutkimuksesta kieltäytymiseen. Tutkittaville annetaan mahdollisuus esittää kysymyksiä haastattelun aikana. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 177.) Laadullisessa tutkimuksessa on tärkeää, että mahdollisimman monipuolinen laatu tulee esille. On otettava huomioon se, että tietolähteiden valinta on ratkaisevaa tutkimuksen yleisen ja eettisen luotettavuuden varmistamiseksi. Tietolähteiden valinta saat-  
taa myös ohjata tuloksia tiettyyn suuntaan ja vääristää niitä. Tutkittavalle on aiheutettava mahdollisimman vähän haittaa. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 366.)

Etiikka on erityisen tärkeää, kun tutkitaan hoitotieteessä inhimillistä toimintaa ja käytetään ihmisiä tiedon lähteinä. Tutkimusetiikalla tarkoitetaan sitä, että tehdään eettistä, hyvää ja luotettavaa tutkimusta. Tutkijoita ja tutkijayhteisöitä koskevat samat eettiset kysymykset kuin muitakin yhteiskunnan toimijoita. Eettiset kysymykset koskevat tutkimustyölle asetettuja vaatimuksia, tutkittavien oikeuksien kunnioittamista ja suojelemista sekä tutkitun tiedon julkistamista. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 362.) Tutkimusetiikkaa ohjaa lainsäädäntö ja laatua turvaa tutkimuseettinen neuvottelukunta. Neuvottelukunta on laatinut ohjeet, jotka ohjaavat tutkimuksien eettistä toteutusta (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 363.)

Tutkimuksessa on tärkeä määritellä mitä tutkitaan ja mitä jätetään tutkimuksen ulkopuolelle. Tutkimuskohde valitaan tutkimusongelman ja tutkimustehtävän määrittelyn jälkeen. Yleinen lähtökohta on, että tutkittava asia tai ilmiö on tieteellisestä näkökulmasta mielenkiintoinen ja perusteltu. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 365.)

Opinnäytetyön tutkimusongelmat ovat:

1. Millaisia kokemuksia erikoissairaanhoidon terveydenhuoltohenkilöstöllä on sydämen vajaatoimintapotilaiden hoitoon hakeutumisesta: oireista, tutkimuksista ja toimenpiteistä, lääkehoidosta, ohjauksesta, henkisestä tuesta ja vuorovaikutuksesta?
2. Millaisia kokemuksia erikoissairaanhoidon terveydenhuoltohenkilöstöllä on sydämen vajaatoimintapotilaiden hoitojaksoista sairaalassa: oireista, tutkimuksista ja toimenpiteistä, lääkehoidosta, ohjauksesta, henkisestä tuesta ja vuorovaikutuksesta?
3. Millaisia kokemuksia erikoissairaanhoidon terveydenhuoltohenkilöstöllä on sydämen vajaatoimintapotilaiden jatkohoidosta: oireista, tutkimuksista ja toimenpiteistä, lääkehoidosta, ohjauksesta, henkisestä tuesta ja vuorovaikutuksesta?
4. Millaisia kokemuksia erikoissairaanhoidon terveydenhuoltohenkilöstöllä on sydämen vajaatoimintapotilaiden kotiuttamisesta: oireista, tutkimuksista ja toimenpiteistä, lääkehoidosta, ohjauksesta, henkisestä tuesta ja vuorovaikutuksesta?
5. Millaisia kokemuksia erikoissairaanhoidon terveydenhuoltohenkilöstöllä on: tiedonkulusta, moniammatillisesta yhteistyöstä ja moniammatillisesta asiantuntemuksesta?

## 7.2 Tutkimusmenetelmä

Tutkimusaineisto kerättiin puolistrukturoidulla haastatteluilla eli teemahaastatteluilla. Teemahaastattelussa käytetään valmista teemahaastattelurunkoa, joka mahdollistaa tarkentavi-



en lisäkysymysten esittämisen ja vapaamuotoiset vastaukset. Haastattelut nauhoitetaan ja analysoidaan litteroinnin pohjalta. Tavoitteena oli saada kymmeneltä terveydenhuoltohenkilöstöön kuuluvalta vastaukset. Teemahaastattelu on välimuoto lomake- ja avoimesta haastattelusta. Teemahaastattelussa kysymysten tarkka muoto ja kysymisjärjestys voivat vaihdella. Kysymysten asetteluun voi tulla tarkennuksia. Kysymysjärjestys voi haastattelun aikana vaihdella esimerkiksi silloin kun haastateltava haluaa kertoa kokemuksistaan omassa järjestyksessä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007.) Teemahaastattelun aihepiirit ovat jokaiselle haastateltavalle samat. Haastattelun etenemistä ohjaavat tietyt keskeiset teemat. Haastattelulle on tyypillistä, että se toteutuu yksilöhaastatteluna. Haastattelu pohjaa vuorovaikutukseen. Haastattelussa haastateltavan ääni tulee kuuluviin ja hän pääsee kertomaan vapaasti omista kokemuksistaan. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 47- 48.)

### 7.3 Tutkimuksen kohderyhmä ja aineiston keruu

Tutkimuksen kohderyhmänä oli HUS Hyvinkään sairaalan sisätautiosasto kolmen terveydenhuoltohenkilöstö. Tutkimusta varten haastateltiin kahta lääkäriä ja kahdeksaa sairaanhoitajaa, jotta tutkimukseen saatiin moniammattillista näkökulmaa. Sydänhoitaja ja lääkärit toivat oman alansa asiantuntijoina syventävää näkökulmaa haastatteluihin. Ennen teemahaastatteluiden toteutusta haettiin kirjallisesti tutkimuslupaa (liite 1) sisätautiosaston ylilääkäriltä. Tutkimusluvan myönsi Hyvinkään sairaanhoitoalueen johtaja 1.2.2013. Tutkittavien pientä lukumäärää perusteltiin sillä, että kvalitatiivinen tutkimus perustuu aineiston laadullisuuteen, ei tutkittavien määrään. Tämän tutkimuksen otoksessa tutkittiin terveydenhuoltohenkilöstön kokemuksia tutkittavasta ilmiöstä, ei tutkittavien lukumäärää. (Kankkunen, Vehviläinen-Julkunen 2010, 83.)

Teemahaastattelun teemat valittiin tutkimuskysymysten mukaan. Tutkittavilta kysyttiin sydämen vajaatoimintapotilaiden hoitoon hakeutumisesta, hoitajaksoista sairaalassa, jatkohoidosta, kotiuttamisesta sekä tiedonkulusta, moniammattillisesta yhteistyöstä ja asiantuntemuksesta. Lisäksi kysyttiin terveydenhuoltohenkilöstöltä oireista, tutkimuksista ja toimenpiteistä, lääkehoidosta, ohjauksesta, henkisestä tuesta ja vuorovaikutuksesta. Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, miten sydämen vajaatoimintapotilaan hoito ja palveluketjuketju toteutuu Hyvinkään sairaalan sisätautien vuodeosastolla. Teemahaastattelua ei esitestattu.

Teemahaastatteluita varten oltiin yhteydessä Hyvinkään sairaalan sisätautiosaston sydänsolun apulaisosastonhoitajaan, joka koordinoi haastattelut. Haastattelut toteutettiin 14.2.2013, 15.2.2013 ja 21.2.2013.

#### 7.4 Tutkimuksen aikataulu

Tutkimus aloitettiin keväällä 2012. Syksyllä ja talvella 2012 etsittiin teorian tietoa ja kirjoitettiin teoreettista viitekehystä ja tutkimussuunnitelmaa. Tammikuussa 2013 tutkimussuunnitelma esiteltiin tutkimussuunnitelmaseminaarissa. Tutkimussuunnitelmaseminaarin jälkeen haettiin kirjallisesti opinnäytetyön tutkimuslupaa HUS Hyvinkään sairaalalta. Tutkimuslupahakemus hyväksyttiin helmikuussa 2013. Tämän jälkeen suoritettiin teemahaastattelut 14.2.2013, 15.2.2013 ja 21.2.2013. Haastattelut purettiin helmi-maaliskuussa 2013. Haastattelut kuunneltiin ja litteroitiin välittömästi haastatteluiden jälkeen.

#### 7.5 Aineiston analyysi

Tutkimusaineisto voidaan analysoida eri tavoin. Eettisesti on tärkeää, että analysointi tehdään tieteellisesti luotettavasti ja hyödyntämällä koko aineistoa. Kaikki tutkimuslomakkeen kysymykset tulee analysoida, jos tutkittavat ovat vastanneet niihin. Tutkimuksen luotettavuutta tulee pystyä analysoimaan, jotta tutkimustuloksia voidaan käyttää hoitotyössä. Tutkimuksen arviointi vaatii tilastotieteen tuntemusta, joka saattaa osaltaan estää hoitotyöntekijöiden tutkimustiedon käyttöä. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 369.)

Aineiston analyysimenetelmänä käytettiin sisällönanalyysia. Sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä, jota käytetään monissa laadullisen tutkimuksen analyysissa. Erilaisten aineistojen analysoiminen ja kuvaaminen on mahdollista sisällönanalyysin avulla. Tavoitteena on, että ilmiö esitetään laajasti mutta tiiviisti. Sisällönanalyysiin kuuluvat merkitykset, seuraukset ja sisällöt. Sisällönanalyysi mahdollistaa erilaisten aineistojen analysoimisen ja kuvauksen. Sisällönanalyysi tarkastelee tutkittavaa ilmiötä laajasti, mutta esittää sen tiiviisti. Sisällönanalyysi tavoittaa merkitykset, seuraukset ja sisällöt. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 133- 134.)

Sisällönanalyysin prosessin vaiheita ovat analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistys, luokittelu ja tulkinta sekä luotettavuuden arviointi. Sisällönanalyysin tuloksia ovat käsiteluookitukset, käsitejärjestelmät, mallit tai käsitekartat. Sisällönanalyysin avulla voi tavoittaa myös merkityksiä, seurauksia sekä sisältöjä. Aineiston analyysin eteneminen tapahtuu vaiheittain ja siihen kuuluu pelkistäminen, ryhmittely ja yleiskäsitteen muodostaminen. Sisällönanalyysi voi olla joko aineistolähtöinen tai teorialähtöinen. Tässä tutkimuksessa käytettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Analysoinnin kategoriat johdetaan aineistosta ja tutkimusongelmista. Analyysi yksikön määrittymistä ohjaa tutkimustehtävä ja aineiston laatu. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 134- 135.) Sisällönanalyysin teossa olennaista on, että tutkittavasta aineistosta erotellaan samanlaisuudet ja erilaisuudet. Samaa tar-

koittavat sisällöt ja sanat luokitellaan merkityksen mukaan samaan luokkaan. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 23.)

Sisällön analyysin tutkimusaineisto kerätään ja analysoidaan. Analyysin teko alkaa haastattelutilanteessa. Tutkija havainnoi haastattelun aikana ilmiöitä. Mallien tyypittely ja hahmottelu mahdollistuu havainnoinnin kautta. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 136.) Aineiston analyysin teossa käytetään litterointia, eli haastattelunauhojen materiaali kirjoitetaan tekstiksi. Nauhoitettu materiaali kirjoitetaan auki sanasta sanaan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 132.)

Tuomi & Sarajärvi (2009, 109) kuvaavat aineistolähtöisen sisällön analyysin seuraavassa kuviossa:

Haastattelujen kuunteleminen ja aukikirjoitus sana sanalta



Haastattelujen lukeminen ja sisältöön perehtyminen



Pelkistettyjen ilmausten etsiminen aineistosta ja alleviivaaminen



Pelkistettyjen ilmausten listaaminen



Samankaltaisuuksien ja erilaisuuksien etsiminen pelkistetyistä ilmauksista



Pelkistettyjen ilmausten yhdistämien ja alaluokkien muodostaminen



Alaluokkien yhdistäminen ja yläluokkien muodostaminen niistä



Yläluokkien yhdistäminen ja kokoavan käsitteen muodostaminen

Aineiston pelkistämisessä materiaalista karsitaan tutkimuksen kannalta epäolennainen informaatio pois. Aineiston pelkistämistä ohjaa tutkimustehtävä, jonka mukaan aineisto pelkistään litteroimalla tutkimustehtävälle olennaiset ilmaukset. Aineiston pelkistäminen on informaation tiivistämistä ja pilkkomista osiin. (Tuomi & Sarajärvi, 2009, 109.) Litteroidessa vastaukset kirjoitettiin auki sanasta sanaan. Tämän jälkeen vastaukset pilkottiin osiin ja ryhmiteltiin tutkimuskysymysten mukaan. Aineistosta karsittiin pois tutkimukselle merkityksettömät vastaukset. Esimerkki aineiston pelkistämisestä on esitetty taulukossa 1.

Taulukko 1: Aineiston pelkistäminen

ALKUPERÄISILMAISU	PELKISTETTY ILMAISU
<i>"Potilaat hakeutuu liian myöhään hoidon piiriin. Kuunnellaan liian pitkään ja liian kauan sitä omaa oloa siellä kotona. Eli ollaan jo aika pahassa vajaatoimintatilanteessa."</i>	Potilaat hakeutuvat liian myöhään hoitoon
<i>"Aina toivoisin, että hakeutuvat ajoissa hoitoon, koska sitten pystytään aina paremmin auttamaan."</i>	Potilaat saavat paremmin apua, jos hakeutuvat ajoissa hoitoon
<i>"Ensiavun kautta tietysti näe potilaat tulee"</i>	Potilaat tulevat ensiavun kautta

Pelkistämistä seuraa aineiston ryhmittely. Aineiston ryhmittelyssä aineistosta etsitään samankaltaisuutta ja eroavaisuutta kuvaavat käsitteet. Samankaltaiset ilmaukset ryhmitellään ja yhdistetään alaluokaksi, joka nimetään sisältöä kuvaavalla nimellä. Luokiteltaessa aineisto tiivistyy, koska yksittäiset tekijät sisällytetään yleisempiin käsitteisiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110.) Esimerkki alaluokan muodostamisesta on esitetty taulukossa 2.

Taulukko 2: Alaluokan muodostaminen

PELKISTETTY ILMAISU	ALALUOKKA
<p>Potilaat hakeutuvat liian myöhään hoitoon</p> <p>Potilaat saavat paremmin apua, jos hakeutuvat ajoissa hoitoon</p> <p>Potilaat tulevat ensiavun kautta</p>	<p>Sydämen vajaatoimintapotilaan hoitoon hakeutuminen ja hoidon aloitus</p>

Aineiston ryhmittelyn jälkeen aineistosta erotetaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto, jonka mukaan muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Teoreettisten käsitteiden tekoa jatketaan yhdistelemällä luokkia niin kauan kuin se on aineiston sisällön kannalta mahdollista. Yläluokkien muodostamisessa aineisto abstrahoidaan eli samansisältöiset alaluokat yhdistetään ja niistä muodostuu yläluokka. (Tuomi & Sarajärvi, 2009, 111.) Esimerkki yläluokan muodostamisesta on esitetty taulukossa 3.

Taulukko 3: Yläluokan muodostaminen

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
<p>Sydämen vajaatoimintapotilaan hoitoon hakeutuminen ja hoidon aloitus</p>	<p>SYDÄMEN VAJAATOIMINTAPOTILAAN HOIDON ALOITUKSESSA HUOMIOITAVAT ASIAT</p>

## 8 Tulokset

Sydämen vajaatoimintaa sairastavat potilaat hakeutuvat liian myöhään hoidon piiriin oireiden ollessa jo vakavat. Sairauden pahenemisen taustalla voi olla monia eri taustatekijöitä. Potilaita tulisi ohjata hakeutumaan ajoissa hoitoon, jotta hoidolla olisi mahdollista saavuttaa parempia tuloksia. Haastatteluista kävi kuitenkin ilmi, että potilaat eivät aina ymmärrä annettua ohjausta ja toimi ohjeiden mukaisesti. Lisäksi potilaiden sitoutuminen hoitoon vaihtelee. Seurauksena on, että samat potilaat hakeutuvat yhä uudestaan hoidon piiriin.

Sydämen vajaatoimintapotilaiden hoitajaksot sairaalassa toistuvat usein ja lyhyen ajan sisällä. Hoitajakson aikana seurataan potilaan painoa, nestetasapainoa sekä turvotuksia. Nesteenpoistolääkkein puretaan nestelastia ja samalla huolehditaan, että elimistö ei pääse kuivumaan. Lisäksi hengitystä tuetaan. Potilaita ohjataan osastolla päivittäisen työn ohessa vähän kerrassaan ja asioita pyritään kertaamaan. Haastateltavat kantavat huolta siitä, että aikaa ohjaukseen ei ole riittävästi.

Sydämen vajaatoimintapotilaan jatkohoito tapahtuu useimmiten perusterveydenhuollossa. Jatkohoitoon pyritään toimittamaan tarvittavat hoitotiedot mahdollisimman pian. Jatkohoidon ohjausta annettaessa on tärkeää huomioida potilaan ikä ja sairaus.

Potilaan kotiuttamisesta vastaa lääkäri. Kotiutuvalle sydämen vajaatoimintapotilaalle ja hänen omaisilleen annetaan sekä suullista että kirjallista lääke- ja elintapaohjausta. Vajaatoiminnan oireiden pahentuessa kehoitetaan potilasta hakeutumaan hoidon piiriin.

Tiedonkulku koetaan pääsääntöisesti hyväksi osaston sisällä. Haastateltavat toivovat kuitenkin, että tieto olisi saatavilla yhdestä paikasta. Hoitovirheet ovat lisääntyneet tiedon hajanaisuudesta johtuen. Myös kiire ja vuorotyö vaikuttavat tiedonkulun sujuvuuteen. Tiedonsiirron koetaan toimivan hyvin jatkohoitoon.

## 8.1 Hoitoon hakeutuminen

Akuutti vajaatoiminta ja kroonisen vajaatoiminnan vaikeutuminen hoidetaan päivystysluonteisesti sairaalassa (HUS-Helsinki 2000). Sydämen vajaatoiminta vaati erikoissairaanhoidon kattavia tutkimuksia. Akuutin vajaatoiminnan ollessa kyseessä yleensä ensihoito aloittaa potilaan hoidon ja hoito jatkuu sairaalassa. Ensiselvittelyt tehdään yleensä päivystyspoliklinikalla, vaikka vajaatoiminnan taustasyö olisikin selvillä. (Lommi 2011, 313.)

Sydämen vajaatoiminnan oireet johtuvat siitä, että elimistö ei saa riittävästi happea ja verta (Iivanainen, Jauhiainen & Syväoja 2010, 249). Sydämen vajaatoiminta diagnosoidaan tutkimuksiin ja potilaan oireisiin perustuen. Tutkimuksilla selvitetään sydämen vajaatoiminnan taustatekijät. Tutkimuksia täydennetään ja uusitaan myöhemmin, kun halutaan arvioida hoidon tehoa. (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Tallqvist 2012, 247.)

Akuuttia sydämen vajaatoimintaa sairastavaa potilasta hoidetaan alkuun sydänvalvonnassa. Potilasta ei tule jättää yksin, koska potilas pelkää tukehtuvansa hengenahdistuksen takia. (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Tallqvist 2012, 236.) Hengitysvajauksen hoidossa käytetään happihoitoa. Sydämen vajaatoimintapotilaan hengenahdistusta hoidetaan noninvasiivisin keinoin antamalla potilaalle happea. (Iivanainen & Syväoja 2012, 222-

225.) Keuhkopöhöä hoidetaan CPAP-hoidolla. Hengityshoidon tavoitteena on turvata elimistön hapen saanti ja helpottaa sydämen työtä. (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulo-saari & Tallqvist 2012, 236.) Esimerkki hoidon aloituksessa huomioitavista asioista on esitetty taulukossa 4.

Taulukko 4: Hoidon aloituksessa huomioitavat asiat

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
Sydämen vajaatoimintapotilaan hoitoon hakeutuminen ja hoidon aloitus	SYDÄMEN VAJAATOIMINTAPOTILAAN HOIDON ALOITUKSESSA HUOMIOITAVAT ASIAT
Sydämen vajaatoimintapotilaan hoitoon hakeutumisen syyt	
Hoitoon hakeutuvalle sydämen vajaatoimintapotilaalle tehtävät tutkimukset	
Hoitoon hakeutuvan sydämen vajaatoimintapotilaan hengityksen tukeminen	
Potilaan turvallisuuden tunteen tukeminen	

Tutkimuksessa selvisi, että sydämen vajaatoimintaa sairastavat potilaat hakeutuvat hoitoon liian myöhään oireiden ollessa jo hankalat. Vastauksista kävi ilmi, että potilaat saavat paremmin apua, jos he hakeutuvat ajoissa hoitoon. Sydämen vajaatoimintapotilaiden hoito aloitetaan päivystyksessä, johon he ovat tulleet joko ilman lähetettä ambulanssilla tai terveyskeskuslääkärin läheteellä.

*”Potilaat hakeutuu liian myöhään hoidon piiriin. Kuunnellaan liian pitkään ja liian kauan sitä omaa oloa siellä kotona. Eli ollaan jo aika pahassa vajaatoimintatilanteessa.”*

*”Sydämen vajaatoimintapotilaitahan tulee paljon päivystykseen. Joko ne tulee ilman lähetettä, ambulanssilla tosi huonossa kunnossa kotoa tai sitten terveyskeskuslääkärin läheteellä.”*

Moni asia on johtanut sydämen vajaatoimintapotilailla sairauden pahenemiseen. Haastateltavat kuvasivat tyypillisiksi oireiksi hengenahdistuksen, painon nousun, alaraajaturvotukset, rintakivun, väsymyksen, sinisyyden ja periferian lämmön. Pahimmillaan tilanne oli johtanut keuhkopöhöön.

*"Hengenahdistus, rintakipu, jalkojen turvotus, väsymys."*

*"Yleensä paino nousee. Potilaat useimmiten sanovat, että paino noussut kyllä ehkä lyhyessä ajassa hyvinkin paljon."*

*"Turvotukset pahenee, verenpaine nousee ja sitte he on keuhkopökössä."*

Hoitoon hakeutuvaa sydämen vajaatoimintapotilasta tutkitaan monipuolisesti sairaalassa. Hänelle tehdään tarvittavat tutkimukset ja hoito aloitetaan mahdollisimman pian. Keuhkokuva ja sydänfilmi kuuluvat perustutkimuksiin. Tutkimusten lisäksi potilas haastatellaan ja hänen kotona pärjääminen selvitetään.

*"Alkuvaiheessa otetaan ne kaikki tarvittavat tutkimukset ja aloitetaan hoito mahdollisimman pian viiveettä."*

*"Keuhkokuva, sydänfilmi ja potilaan yleistilan tarkastelu, turvotukset, haastattelut, kyselyt, painonnousu, miten kotona on pärjännyt, miten on lääkkeitä ottanut. Jaksaminen yleensä siellä kotona, varsinkin iäkkäämmillä. Liikuntakyky."*

*"Ja sitten peruslabroja. Perusverenkuva ja nestareita ja ProPNB."*

Sydämen vajaatoimintapotilaat kärsivät hengenahdistuksesta sairaalaan tullessaan ja hapetus on huonoa. Sydämen vajaatoimintapotilaan hengitystä tuetaan antamalla lisähappea. Keuhkopökössä olevalle potilaalle aloitetaan CPAP hengitystukihoito. CPAP-laitte parantaa keuhkotuuletusta.

*"Ja sitten tulee tää, että he ei enää pysty makuulla olemaan, koska sydämen vajaatoiminnan oireet pahenee makuulla. Heijät pitää pitää pystyasennossa, he tarvii lisähappea, koska happeutuminen on niin heikkoo."*

*"Jos potilas on niinku keuhkopökössä, hän tarvii sen CPAP-laitteen, joka parantaa sitä keuhkotuuletusta. Sitä potilasta hoidetaan sillä CPAP-hoidolla alkuun."*

Potilaat ovat usein hoidon alkuvaiheessa pelokkaita. Potilasta rauhoitetaan ja pyritään siihen, että potilaalla on turvallinen olo. Potilasta tuetaan hengittämään maskin kautta. Potilaalle kerrotaan, että CPAP-maski on alkuvaiheessa tukala, mutta vähitellen hengitys helpottuu. Potilaat saavat informaatiota hoidosta, kun sitä pyytävät. Potilaiden turvallisuuden tunnetta tuetaan.



*”Yritetään saada potilas sillai niinku rauhalliseksi.”*

*”CPAP-maskia käytetään, se voi olla vielä tukalampi se maski siinä. Että tavallaan niinku tuetaan siihen, että he sietäis sen maskin ja, että sitä vasten joutuu vähän niinku hengittämään väkisin. Että jaksaa sen alkuvaiheen, niin sitten se rupee helpottamaan.”*

## 8.2 Hoitojakso sairaalassa

Potilaan painoa, nestetasapainoa ja turvotuksia seurataan osastolla päivittäin. Potilaan nestetasapainon seurannassa käytetään nestelistaa. Nestetasapainon seurantaan kuuluu kaiken sen nesteen laskeminen mitä potilaaseen on mennyt sisään ja tullut ulos. (Iivanainen & Syväoja 2012, 438-439.) Sydämen vajaatoimintapotilaalla voi olla turvotuksia sormissa, jalkaterissä ja nilkoissa (Iivanainen & Syväoja 2012, 440). Potilasta ohjataan myös omaseurantaan (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Tallqvist 2012, 249).

Sydämen vajaatoiminnassa sydänlihas ei pysty pumppaamaan tarpeeksi verta, jolloin verta kertyy keuhkoihin ja muualle kehoon. Sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan nestemäärää rajoitetaan, jotta saataisiin vähennettyä sydämen kuormitusta. (Iivanainen & Jauhiainen 2012, 466- 467.) Lääkehoidolla vaikutetaan sydämen vajaatoiminnan ennusteeseen ja oireisiin. Hoidossa pyritään vaikuttamaan sairauden perussyhyyn, esimerkiksi kohonnut verenpaine hoidetaan lääkkein. (Mustajoki 2012.) Diureetteja eli nesteenpoistolääkkeitä käytetään sydämen vajaatoiminnan hoidossa lisäämään virtsaneritystä. (Iivanainen & Jauhiainen 2012, 467- 468.)

Sairaalassa annettava potilasohjaus sisältää ohjausta liittyen sairauteen, sairauden vaikutuksista elämään ja kuinka oireita tulee seurata. (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Tallqvist 2012, 249.) Potilaalle tulee antaa mahdollisuus vaikuttaa ohjaukseen ja siten edistää omaa hoitoon sitoutumistaan (Kyngäs & Hentinen 2009, 81- 82). Potilaan hoitoon sitoutumisen edellytyksenä on, että potilaalla on tarvittavat tiedot sairaudestaan ja hoidosta. Tiedon avulla potilas jäsentää tilannettaan ja oivaltaa hoidon merkityksen ja siten hyväksyy sairautensa ja hoitonsa. Ongelmaksi muodostuu se, että miten tieto saadaan muutettua toiminnaksi. Tiedon soveltamista ja ongelmien ratkaisemista auttaa asioiden ymmärtäminen. Tiedon ymmärtämisen puute voi olla este hoidon toteutumiselle. (Kyngäs & Hentinen 2009, 29.) Sydämen vajaatoimintaa sairastavalle annettava itsehoidon ohjaus auttaa potilasta sitoutumaan sairautensa hoitoon (Kempainen, Kiema & Kvist 2011). Potilaiden hoitojaksot sairaalassa toistuvat tyypillisesti lääkehoidon laiminlyönnin takia (Kettunen 2011, 317). Esimerkki hoidossa huomioitavista asioista sairaala hoitojakson aikana on esitetty taulukossa 5.

Taulukko 5: Hoidossa huomioitavat asiat sairaala hoitojakson aikana

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
Sydämen vajaatoimintapotilaan tilan seuranta sairaala hoitojakson aikana	SYDÄMEN VAJAATOIMINTAPOTILAAN HOIDOSSA HUOMIOITAVAT ASIAT SAIRAALA HOITOJAKSON AIKANA
Sydämen vajaatoimintapotilaan lääkehoito sairaala hoitojakson aikana	
Sydämen vajaatoimintapotilaan sairaala hoitojaksojen toistuvuus	
Sydämen vajaatoimintapotilaan hoidon jatkuvuus	
Sydämen vajaatoimintapotilaan ohjaus sairaala hoitojakson aikana	

Osastolla potilaan vointia seurataan monipuolisesti. Keskeisenä asiana haastatteluista nousi potilaan nestetasapainon seuranta eli kuinka paljon potilas nauttii nesteitä ja kuinka paljon nesteitä elimistöstä poistuu. Seurantaan kuuluu myös painon, hengityksen, turvotusten, raajojen verenkierron ja potilaan yleisvoinnin seuranta.

*”Sitten osastolla päivittäin painon seuranta, nestebalanssin seuranta, diureesi et minkä ver-  
ran nesteitä poistuu ja ihan tommonen silmämääräinen seuranta, että tota niin onko minkä-  
laista hengitys, raajojen turvotus, verenkierto käsissä, jaloissa, potilaan yleishabitus.”*

*”Siinähan on niinku säännöllisest se, että pyritään pitään siitä nestetasapainosta kiinni, että  
potilaalla yleensä lääkäri määrittää sen totaalinesteiden määrän mitä menee vuorokaudessa  
suonensisäisesti ja sit suun kautta. Ja laitetaan päivittäin nestebalanssi.”*

Lääkärillä on päävastuu läkehoidosta. Nesteenpoistolääkityksellä poistetaan potilaan ylimääräinen neste elimistöstä. Nesteenpoiston yhteydessä pidetään huolta siitä, että potilaan elimistö ei pääse kuivumaan. Sydänlääkkeitä tehostetaan, jos potilaan sydänsairaus on pahentunut. Korkeaa verenpainetta hoidetaan nitrolla ja verenpainelääkkeellä.

*"Nestelastin purkua nesteenpoistolääkkein. Tai esimerkiksi sitä verenpaineen laskua esimerkiksi nitrotipalla tai verenpainelääkkeillä. Nestebalanssin seuranta siihen toki kuuluu ja pyritään selvittämään sitä niinku syytä."*

*"Sit totta kai sydänlääkkeitä tehostetaan, jos hänellä on tuota sairaus pahentunut."*

*"Yleisesti ottaen se kokonaistilanne vaatii kuitenkin sitä, että ei päästä antaa ihan kuivahamaan, koska se saattaa sotkee sit muuten ruumiin toimintoja ja noita kehon elintoimintoja."*

Haastatteluista kävi ilmi, että usein sydämen vajaatoimintapotilaiden hoitokäytökset sairaalassa toistuvat. He kotiutuvat osastolta ja lyhyen ajan sisällä palaavat sairaalahoitoon takaisin sydämen vajaatoiminnan takia. Haastateltavat eivät osanneet kertoa tarkemmin syytä siihen, miksi hoitokäytökset toistuvat.

*"Samat potilaat kiertää eli ne toistuu."*

*"Joskus potilaat tulevat aika pian takaisin. Meillä on tietyt potilaat, joita me tunnetaan jo."*

Potilas kotiutus toteutetaan sitten, kun hän pärjää kotona. Ennen kotiutusta jatketaan potilaan hoitoa ja seurataan vointia. Sydämen vajaatoiminnan taustalla oleva sairaus huomioidaan hoidossa. Hoidolla vaikutetaan sydämen vajaatoiminnan taustalla vaikuttavaan sydänsairauteen.

*"Täällä sit jatketaan sitä hoitoa ja seuranta ja katotaan, että se tilanne laukee ennen kuin kotiutetaan."*

Ja usein melkein sen, että joku muu tekijä sitten on ollu laukasemassa sen alla olevan sydämen vajaatoiminnan. Tätä pitää kaikki huomioida siinä hoidossa."

Potilasohjausta annetaan käytännön työn lomassa. Potilasohjausta annetaan vähän kerrallaan ja sitä pyritään kertaamaan potilaan kanssa. Ohjauksen antaminen kuuluu sekä sydänhoitajalle että osaston muille hoitajille. Potilaille annetaan sekä yksilö- että ryhmäohjausta. Potilaita ohjataan jo sairaalassa sairauden kotiseurantaan. Haastateltavat kokivat, että ohjausaika osastolla on riittämätön. Aikaa ohjaukseen pitäisi olla enemmän. Haastateltavat olivat huolissaan siitä, että ymmärtävätkö potilaat saamansa ohjauksen ja sitoutuvatko he hoitoon.

*"He saa sekä yksilöohjausta että ryhmäohjausta. Ryhmäohjausta on kerran viikossa täällä ja sinnehan saa tulla sekä täällä osastolla hoitosuhteessa että tuolla kardiologian polilla hoitosuhteessa olevat potilaat sekä myös heidän omaiset sinne ryhmäohjaukseen."*

*"Siis ohjaustahan ei koskaan anneta liikaa. Ja sitten se, mitä sinne loppupeleissä menee perille. Niin sitä ei voi aina tietää."*

*"Että eikö he sitoudu hoitoon vai eikö oo riittävästi tietoa vai eikö olla ymmärretty annettua ohjausta? Vai onko niin sairas ihminen muuten, että hän ei jaksakaan itseänsä hoitaa? Eli tämmösiä ajatuksia itselläni herännyt."*

### 8.3 Jatkohoito

Sydämen vajaatoimintapotilaan hoitovastuu jakautuu tarkoituksenmukaisesti eri hoitotahojen kesken. Hoitotahoihin kuuluu perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoido, jotka sopivat yhdessä vajaatoiminnan hoidon eri vaiheiden työnjaon. Sydämen vajaatoiminnan hoidossa painottuvat avoterveydenhuolto, koti, poliklinikat ja vuodeosastot. Avovastaanotto, terveyskeskus ja oma lääkäri hoitavat sydämen vajaatoimintapotilaan seurannan suurimmassa osassa tapauksista. Sydämen vajaatoiminnan ollessa akuutti hoito tapahtuu sairaalassa osastohoidossa. (HUS-Helsinki 2000.) Esimerkki jatkohoidosta on esitetty taulukossa 6.

Taulukko 6: Jatkohoidosta huolehtiminen

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
Sydämen vajaatoimintapotilaan jatkohoidon järjestäminen	SYDÄMEN VAJAATOIMINTAPOTILAAN JATKOHOIDOSTA HUOLEHTIMINEN
Sydämen vajaatoimintapotilaan jatkohoidon ohjaus	
Sydämen vajaatoimintapotilaan jatkohoidon lääkehoito	

Sydämen vajaatoimintapotilaiden jatkohoito järjestyy perusterveydenhuollossa. Potilasta hoidetaan tarvittaessa erikoispoliklinikalla silloin, kun hänellä on jokin toinen vaiva kuin sydämen vajaatoiminta. Potilas voi ottaa tarvittaessa yhteyden sairaalan sydänhoitajaan, terveyskeskukseen ja sydänyhdistykseen.

*"Tai sitten yleensä tällainen sydämen vajaatoiminnan perusseuranta, jos se pysyy stabiilina, niin terveysasemalla puolen vuoden viiva vuoden välein."*

*"Pyretään hoitaa se perussyyn kuntoon."*

*"Ja kotiutetaan sitten terveyskeskuksen kautta, jos tarvii kuntoutumista. Ettei oo kotikuntainen."*

Kotiutusvaiheessa potilaalle määritetään ja kerrotaan jatkohoitopaikka ja annetaan tarvittavat jatkohoidon ohjeet. Potilaille annetaan kotiutuessa yhteystiedot, johon he voivat olla yhteydessä, kun tarvitsevat ohjausta. Potilaalle annetaan yhteystiedot muun muassa sydänhoitajalle, terveyskeskukseen, sydänyhdyshenkilölle ja sydänyhdistykseen. Potilaan ikä ja sairaus huomioidaan ohjausta annettaessa.

*"Se riippuu taas näistä potilaan muista taudeista ja iästä, että mihinkä ohjataan."*

*"Minä annan kaikille potilaille mahdollisimman hyvät yhteystiedot mukaan, mistä voi sitä ohjausta saada sitten jatkossa."*

Sydämen vajaatoimintapotilaan jatkohoidon lääkehoidosta huolehditaan. Potilaan hoito- ja lääkitystiedot siirretään jatkohoitopaikkaan, jotta ne ovat jatkohoitopaikassa käytettävissä.

Jatkohoidon lääkehoidosta vastaa lääkäri. Sairauden hoitoon orientoitunut potilas voi itse säätää nesteenpoistolääkitystään lääkärin antamien ohjeiden mukaan.

*"Eli se potilaan tän hetkinen lääkehoito niin kuin kaikki muukin hoito olisi sillä seuraavalla yksiköllä käytettävissä."*

*"Eli jatkohoidossa pääsääntöisesti niin vajaatoimintapotilaiden kohdalla totta kai kotiutusvaiheessa, lääkäri määrittelee juuri tän Furesis-lääkityksen kotiutuessa."*

*"Joillakin potilailla on mahdollisuus vaikka nesteenpoistolääkitystä säätää itse omien tunteiden ja painon seurannan mukaan. Mut ehkä harvemmin. Kuitenkin usein potilaat on sitten sen verran iäkkäitä, että jonkun muun pitää huolehtii ne lääkitykset."*

#### 8.4 Kotiutus

Kaikilla sydämen vajaatoimintaa sairastavilla ei ole tietoa sairauteensa johtaneesta syystä. Potilaat eivät myös tiedä kuinka sairauden oireet syntyvät. Ohjaaja kertoo ohjattavalleen pe-

rusteellisesti sydämen vajaatoiminnan taustalla olevasta sydänsairaudesta. (Partanen & Lommi 2006, 2012.) Sydämen vajaatoimintapotilaan hoito sisältää elämäntapoihin kohdistuvaa potilasohjausta sekä yksilöllisesti suunnitellun lääkehoidon. Sydämen vajaatoimintaa sairastava potilas tarvitsee säännöllistä seurantaa ja ohjausta. (Lommi & Partanen, 2011, 325.) Sydämen vajaatoimintapotilaan ohjauksella tavoitellaan sitä, että potilas osallistuu alusta lähtien omaan hoitoonsa ja sairauden vaatimaan tarkkailuun. (Partanen & Lommi 2006, 2010.) Tämän tutkimuksen kotiutus osiossa korostuu potilaan ohjaaminen. Esimerkki kotiutusvaiheessa huomioitavista asioista on esitetty taulukossa 7.

Taulukko 7: Kotiutusvaiheessa huomioitavat asiat

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
Kotiutuvan sydämen vajaatoimintapotilaan ohjaus	SYDÄMEN VAJAATOIMINTAPOTILAAN KOTIUTUSVAIHEESSA HUOMIOITAVAT ASIAT
Kotiutuvan sydämen vajaatoimintapotilaan yksilöllisyyden huomioiminen	

Osaston lääkäri kotiuttaa potilaan. Lääkehoidon ohjausta antavat sekä lääkäri että hoitajat. Potilaalle annetaan lääkehoidon ohjauksen lisäksi elintapaohjausta. Kaikki ohjaus annetaan sekä suullisesti että kirjallisesti. Ohjeet annetaan myös potilaan omaisille. Potilas ohjataan hakeutumaan hoitoon, jos oireet pahenevat.

*”Yleensä tietysti lääkäri kotiuttaa. Niin hän puhuu vielä ihan viimeisenä näistä lääkkeistä, mutta kyllä niinkun hoidon aikana me puhutaan näistä lääkkeistä. Just kun lääke tulee uus, joku lääke.”*

*”Elintapoi muistutetaan, että mistä aikasemmin on ollut puhetta, et nimenomaan niin kotona olis hyvä pitää siitä kiinni siit nestetasapainosta. Ja kuitenkin sitte seurata sitä painon kehitystä ja raajaturvotusta. Ja hengitys on tietenkin yks.”*

Vajaatoimintapotilaan yksilöllisyys pyritään huomioimaan. Potilaan taustatiedot pyritään selvittämään jo potilaan tulovaiheessa, mutta potilaan taustatietojen selvittämisessä on parantamisen varaa. Potilaan tausta, esimerkiksi muisti- ja alkoholiongelmät, on huomioitava.

*”Sä samalla periaatteessa oot tehnyt sen kotiutusasian, kun sä tulovaiheessa tai lähipäivinä kysyt taustatiedot ja kotiolot. Niin sittenhän sul on kotiutusvaiheessa työ tehty. Sä tiedät, mihin pitää kiinnittää huomiota. Et kyl täs on parantamisen varaa.”*

*”Varsinkin yks klassinen osa-alue on se, että minkä verran sitä muistamattomuutta ja alkoo siin taustalla on. Niin se täytyy äärimmäisesti huomioida. Ja toinen asuuko yksin, että aina olis parempi, jos siinä olis joku lähiomainen mukana kotiutuessa, kuka on sitoutunut siihen hoitoon.”*

## 8.5 Tiedonkulku

Palveluketjulla tarkoitetaan saman asiakkaan tiettyyn ongelmakokonaisuuteen kohdistuvaa sosiaali- ja terveydenhuollon rajat ylittävää suunnitelmallista ja yksilöllistä palveluprosessia ja sen toteutumista. Palveluketjun jatkuvuuden edellytyksenä on saumaton tiedonkulku eri organisaatioiden välillä. Tiedonkulku on myös tärkeää hoitoprosessien ja hoitosuhteen jatkuvuuden kannalta. Jokainen edellä mainittu tekijä on tärkeä edellytys ketjun toimivuudelle. (Hämäläinen & Röberg 2007, 57.) Esimerkki tiedonkulusta on esitetty taulukossa 8.

Taulukko 8: Tiedonkulun sujuvuus

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
Tiedonkulku osastolla	TIEDONKULUN SUJUVUUS
Tiedonkulku jatkohoitoon	
Tiedonkulun sujuminen	

Tiedonkulku koetaan osaston sisällä hyväksi. Haastateltavat toivoivat kuitenkin, että tieto löytyisi yhdestä paikasta, koska virheet lisääntyvät tiedon hajanaisuudesta johtuen. Kiireessä ei ehditä katsoa sähköisistä järjestelmistä tietoa. Tiedonkulku koettiin kolmivuorotyön luonteesta johtuen puutteelliseksi.

*”Se tieto mun nähdäkseni tällä osastolla kuitenkin kulkee ihan hyvin ja väki puhuu siitä kattavasti. Että nimenomaan tää potilaan hoitoketju pysyy aika lailla katkeamattomana.”*

*”Mutta, että se tieto löytyis yhdestä paikasta. Niin silloin se on selkeätä ja jokainen tietää, mistä se tieto löytyy. Mutta ainahan kolmivuorotyössä on se tiedonkulku huonoa.”*

*”Virhemahdollisuus kasvaa, mitä useammasta paikasta haet tietoa. Et kylhän se on huomattu. Et sähköisen kirjaamisen myötä lääkevirheet on lisääntyneet.”*

Haastateltavat kokivat, että tiedonsiirto toimii hyvin erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. Tieto kulkee erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon sekä potilasasiakirjojen muodossa että sähköisten järjestelmien, esimerkiksi Navitaksen, kautta. Hoitajat ovat yhteydessä kotisairaanhoidoon, jos potilas kotiutuu kotihoidon turvin.

*"Ja sit täällä on se Navitas-järjestelmä käytössä, millä se tieto kulkee sit tavallaan, jos sitä tk:ssa tai erikoissairaanhoidossa tarvitaan niinku toiselta puolelta."*

*"Niin ne toimii lähinnä sitten näinä epikriiseinä ja lääkelistoina."*

*"Jos potilas menee esimerkiksi kotiin, mutta hän tarvitsee kotisairaanhoidon, niin me otetaan yhteyttä tietysti ja soitellaan sinne."*

Tiedonkulun sujuminen vaihtelee osaston sisällä sekä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. Kiire heikentää tiedonkulun sujuvuutta osastolla. Osastolla käytetään sisäiseen viestintään sähköpostia. Haastatteluista kävi kuitenkin ilmi, että se ei ole paras mahdollinen viestintäkanava. Hoitajien kiireen takia sähköpostia ei ehditä lukemaan tarpeeksi usein.

*"Joskus menee ihan hyvin ja joskus ontuu, kun ei näe sitä lääkäriä."*

*"Sanotaan, että välillä tieto kulkee hyvin ja välillä huonosti."*

## 9 Pohdinta

### 9.1 Eettisyys ja luotettavuus

Hoitotieteellisen tutkimuksen eettiset ohjeet otettiin huomioon tutkimusta tehdessä. Eettisesti on tärkeää, että tutkimusta tehtäessä noudatetaan tieteellisiä toimintatapoja, käytetään eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus-, raportointi- ja arviointimenetelmiä. Tulokset tulee myös julkaista avoimesti. (Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 364.) Tutkimukseen haettiin teorial tietoa tuoreista ja luotettavista kirjallisista sekä sähköisistä lähteistä. Haastattelussa huomioitiin eettisyys. Haastateltavat vastasivat haastatteluun nimettömänä ja heillä oli mahdollisuus kieltäytyä haastattelusta. Haastateltaville kerrottiin, että tutkijoita sitoo vaitolovelvollisuus.

Opinnäytetyössä tutkittiin erikoissairaanhoidon terveydenhuoltohenkilöstön kokemuksia sydämen vajaatoimintapotilaiden hoidosta ja palveluketjun toimivuudesta. Aineisto kerättiin teemahaastatteluilla 14.2.2013, 15.2.2013 ja 21.2.2013. Tutkimusta varten haastateltiin Hyvinkään sairaalan sisätautien vuodeosaston sydänsolun kymmentä terveydenhuollon ammatti-



laista. Heistä seitsemän oli sairaanhoitajia, kaksi lääkäriä ja sydänhoitaja. Eri ammattiryhmien haastattelemisen toi moniammatillista näkökulmaa tutkimukseen. Tutkimukseen osallistuneet haastateltavat osallistuivat kaikki sydämen vajaatoimintapotilaan hoitoon ja palveluketjuun osastolla.

Tutkimuksen laadukkuutta edistää hyvän haastattelurungon tekeminen. Haastattelija voi ennalta miettiä, mitä teemoja voidaan syventää ja pohtia vaihtoehtoisia lisäkysymyksiä. Haastattelijan on kuitenkin hyvä tiedostaa, että ennalta ei voi varautua kaikkiin lisäkysymyksiin eikä varsinkaan niiden muotoiluun. Haastatteluvaiheessa tutkimuksen laatua voi parantaa siten, että huolehditaan teknisen välineistön kunnosta ja haastattelurungon mukanaolosta. Haastattelun loputtua on hyvä vielä tarkistaa haastattelurungosta, että kaikkiin kysymyksiin on saatu vastaukset. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 184- 185.) Tutkimusta varten tutkijoille laadittiin valmis teemahaastattelurunko. Kaikilta haastateltavilta henkilöiltä kysyttiin samat kysymykset. Teemahaastattelu mahdollisti tarkentavien lisäkysymysten esittämisen. Kaikki haastattelut nauhoitettiin. Tämän jälkeen haastattelut kuunneltiin ja kirjoitettiin auki sanasta sanaan. Haastattelun laatua edistää se, että haastattelut litteroitiin välittömästi nauhoituksen jälkeen (Hirsjärvi & Hurme 2010, 184- 185). Haastatteluiden purku jaettiin tasapuolisesti kummallekin opinnäytetyöntekijälle. Litteroinnin jälkeen aineisto analysoitiin käyttäen sisälön analyysin menetelmää. Aineiston analyysi tehtiin yhdessä, jotta vältettiin sokeutuminen omalle aineistolle. On otettava huomioon, että tutkittavat voivat olla sokeita omille kokemuksilleen ja tilanteelleen (Eskola & Suoranta 2000, 210- 212). Tutkijoiden tulee analysoida kaikki tutkimuslomakkeen kysymykset ja vastaukset. Eettisesti on tärkeää, että tutkimuksen analyysi tehdään tieteellisesti luotettavasti ja, että koko kerättyä aineistoa hyödynnetään. (Eskola & Suoranta 2000, 210- 212.) Tutkijan on pystyttävä analysoimaan tutkimuksen luotavuutta (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 369).

## 9.2 Tutkimustulosten tarkastelua

Tutkimuksen tuloksia ryhdyttiin tarkastelemaan tutkimuskysymysten pohjalta. Tutkimustuloksista selvisi, että sydämen vajaatoimintaa sairastavat potilaat hakeutuvat liian myöhään hoitoon. Tyypillisesti hoitoon hakeudutaan vasta, kun oireet ovat vaikeat. Myöhäisen hoitoon hakeutumisen taustalla voi olla muun muassa annetun ohjauksen riittämättömyys ja se, että potilas ei ymmärrä annettua ohjausta. Hoitoon sitoutumisessa on myös puutteita. Haastateltavat toivoivat lisää resursseja ja aikaa potilaiden ohjaukseen.

Potilasohjauksen tavoitteena on, että sydämen vajaatoimintaa sairastava potilas osallistuisi alusta alkaen omaan hoitoonsa ja sairauden vaatimaan tarkkailuun (Partanen & Lommi 2006, 2010). Hoitoon sitoutumisen seurauksena on sairauden pahenemista ja kuolleisuutta vähentävä vaikutus. Samalla hoidosta koituvat kustannukset laskevat. (Kemppainen, Kiema & Kvist

2011.) Ohjaus onnistunut, kun potilas ymmärtää elintapojen merkityksen ja vaikutuksen sairauteen (Partanen & Lommi 2006, 2012).

Hoitojakson keskeiseksi asiaksi nousi potilaan voinnin monipuolinen seuranta. Potilaan nestetasapainoa, turvotuksia, painoa, hengitystä ja yleisvointia seurataan. Osastojaksolla potilas saa ohjausta hoidon lomassa. Teoriakirjallisuudessa nousee esiin, että potilaan hoitoon sitoutumista edistää mahdollisuus vaikuttaa ohjaukseen (Kyngäs & Hentinen 2009, 81- 82). Sairaalassa annettava potilasohjaus sisältää ohjausta liittyen sairauteen, sairauden vaikutuksista elämään ja oireiden seurantaan (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Tallqvist 2012, 249). Tutkimuksesta selvisi, että potilaiden hoitojaksot toistuvat usein. Potilaat hakeutuvat takaisin hoitoon lyhyen ajan sisällä oireiden pahennuttua.

Potilaan jatkohoito järjestetään yleensä perusterveydenhuollossa. Jos taustalla on jokin toinen erikoissairaanhoidon vaativa sairaus, järjestetään seuranta erikoissairaanhoidon poliklinikalla. Potilas saa myös yhteystiedot sydänhoitajalle ja sydänyhdistykseen. Potilaan ikä otetaan huomioon, kun häntä ohjeistetaan jatkohoitoon.

### 9.3 Kehittyminen asiantuntijuuteen

Tämä opinnäytetyö kuuluu sydämen vajaatoimintapotilaan hoidon kehittämishankkeeseen 2012. Kehittämishankkeeseen tehdään useita eri opinnäytetöitä. Aiheanalyysi kirjoitettiin kevään 2013 aikana. Teoriatiedon hakeminen tutkimukseen aloitettiin syyskuussa 2012. Opinnäytetyötä ohjasi aluksi lehtori Päivi Saares, jonka lopetettua työt Laureassa tammikuussa 2013 ohjaavaksi opettajaksi tuli lehtori Anne Laaksonen. Ohjaustapaamisia Päivi Saareksen kanssa oli muutama. Niissä keskusteltiin tutkimuksen aikataulusta ja teoriatiedon hankkimisesta. Valmistumisen ajankohdan tavoitteeksi asetettiin huhti-toukokuu 2013. Ensimmäinen ohjaustapaaminen uuden ohjaavan opettajan Anne Laaksosen kanssa pidettiin teemahaastatteluiden ajankohtana helmikuussa 2012. Ohjaustapaamisessa keskusteltiin aineiston analyysin prosessin etenemisestä. Haastattelut litteroitiin, kirjoitettiin auki tarkasti sanasta sanaan. Litteroinnin jälkeen pidettiin toinen ohjaustapaaminen, jossa tavoitteeksi asetettiin, että opinnäytetyö esitetään julkaisuseminaarissa toukokuussa 2013, jolloin valmistumiskuukausi olisi kesäkuussa 2013.

Opinnäytetyön tutkimussuunnitelma esiteltiin tutkimussuunnitelmaseminaarissa 14.1.2013. Tutkimussuunnitelmaseminaarin jälkeen haettiin kirjallisesti tutkimuslupa ohjaavan opettajan luvalla Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin Hyvinkään sairaalan sisätautiosaston ylilääkäriltä. (Liite). Tutkimuslupa myönnettiin tutkimuksen tekijöille helmikuussa 2013. Tämän jälkeen sovittiin teemahaastattelujen ajankohdat haastateltavien henkilöiden kanssa.

Opinnäytetyön teoriaosuudessa on tietoa sydämen vajaatoiminnasta, oireista ja hoidosta, kuntoutuksesta, ohjaamisesta, hoitoon sitoutumisesta sekä palveluketjusta. Teoriaosuus jaettiin tasapuolisesti kahteen osaan kummallekin opinnäytetyöntekijälle. Lähdeaineistoa etsittiin yhdessä. Teoriatietoon syventyminen lisäsi ammatillista asiantuntemusta sydämen vajaatoiminnasta sairautena ja sen hoitomenetelmistä. Teoreettisen viitekehyksen etsiminen oli helpoa ja tuoretta aineistoa löytyi kattavasti. Väitöskirjojen, pro-gradu tutkielmien sekä kansainvälisten lähteiden löytäminen oli kuitenkin aikaa vievää. Teoriatiedon etsiminen ja kirjoittaminen jaettiin puoliksi molempien osapuolten kesken. Tekstiä kuitenkin muokattiin ja tiivistettiin yhdessä, jotta välttyttiin omalle tekstille sokeutuminen.

Tutkimuskysymyksiä oli yhteensä viisi, joten haastatteluista saatu tutkimusaineisto oli laaja. Aineiston laajuudesta johtuen oli haastavaa löytää oikeat vastaukset oikeisiin tutkimuskysymyksiin. Aineiston laajuudesta johtuen oli hankalaa pitää tutkimuskysymys mielessä vastauksia etsittäessä. Vastausten etsintää tutkimuskysymykseen vaikeutti myös se, että haastatteluiden vastaukset hyppivät kysymyksestä toiseen ja haastattelun vastaukset eivät löytyneet selkeästi kysymysten jälkeen. Tutkimuskysymysten vastausten etsinnässä auttoi vastausten merkitseminen eri väreillä ja numeroin kysymysten mukaan. Teemahaastatteluja varten laadittiin teemahaastattelurunko. Teemahaastattelujen aikana ja jälkeen huomattiin, että teemahaastattelurunkoa olisi voinut muokata paremmaksi ja kysymyksiä laajentaa. Teemahaastattelurunkoa olisi ollut hyvä esitellä ennen varsinaisia haastatteluja.

Aineiston analyysin tekeminen osoittautui tutkimuksen aikaa vievimmäksi ja haastavimmaksi vaiheeksi. Tutkimuksen tekijät olivat lukeneet ennen aineiston analyysin tekoa teoriaa aiheesta, mutta tarvitsivat ohjaavan opettajan tukea aineiston analyysin vaiheissa. Aineiston analyysi lähetettiin vaihe vaiheelta ohjaavalle opettajalle hyväksyttäväksi, jotta varmistuttiin siitä, että se etenee tarkoituksenmukaisella tavalla. Haastatteluiden purkuun, aineiston analyysin tekemiseen ja tuloksien saamiseen varattiin aikaa kevät 2013. Alkuperäisilmausten pelkistäminen ja alaluokkien nimeäminen kuvaavalla nimellä oli aikaa vievää. Nimeämistä pohdittiin moneen kertaan ennen kuin löydettiin kuvaava nimi pelkistetyille ilmauksille ja alaluokille. Lopulliset nimet muokkautuivat analyysin edetessä.

#### 9.4 Kehittämis- ja jatkotutkimusaiheet

Haastatteluissa nousi esiin kehittämisehdotuksia sydämen vajaatoimintapotilaiden hoitoon liittyen. Potilasohjaukseen tulisi varata osastolla enemmän aikaa. Potilasta tulisi ohjata niin, että hän ymmärtäisi saamansa ohjauksen ja sitoutuisi sairautensa hoitoon. Potilasohjausta annettaessa potilaalle tulisi kertoa selkeästi, että nyt hän saa sydämen vajaatoiminta ohjausta. Potilasta tulisi ohjata selkeästi sydämen vajaatoiminnan omahoitoon. Ohjausta annetta-

essa tulee potilaalle kertoa, että nyt annetaan sydämen vajaatoiminta ohjausta. Osaston hoitajat eivät tiedä, kuinka potilas on ottanut annetun ohjauksen vastaan. Potilaasta itsestä on kiinni se, että toimiiko hän annetun ohjauksen mukaan ja toteuttaako hän kotona sairauden omaseurantaa. Tiedonkulkua osastolla tulisi kehittää sujuvammaksi. Henkilökunta toivoo osaston sisäiseen tiedonkulkuun parannusta, jotta tieto välittyisi kaikille ammattiryhmille. Tieto tulisi välittää niin, että tiedonkulkuun ei tulisi katkoksia.

Tulevaisuudessa voitaisiin tutkia miten ohjauksen avulla potilaita saataisiin paremmin sitoutumaan sairautensa omahoitoon ja miten omahoitoon sitoutuminen vaikuttaa potilaiden hoitajaksojen toistuvuuteen. Lisäksi voitaisiin tutkia, miten potilaiden sairauden omahoito kotona vaikuttaa terveydenhuollon kustannuksiin.

## Lähteet

### Kirjalliset lähteet

Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. Kliininen hoitotyö. 2012. Sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoito. Helsinki: Sanoma Pro.

Britz, J. A. & Dunn, K. S. 2010. Self-care and quality of life among patients with heart failure. Original research. American Academy of Nurse Practitioners 22 (9) 480-487.

Cully, J. A, Phillips, L. L., Kunik, M. E., Stanley, M. A. & Deswal, A. 2010. Predicting Quality of Life in Veterans with Heart Failure: The Role of Disease Severity, Depression, and Comorbid Anxiety. Behavioral medicine. 36 (2) 70-76.

Eskola, J. & Suonranta, J. 2000. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus.

Harjola, V-P. & Remes, J. 2008. Ennuste. Teoksesta Heikkilä, J., Kupari, M., Airaksinen, J., Huikuri, H., Nieminen, M., & Peuhkurinen, K. (toim.) Kardiologia. 2., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Harjola, V-P. 2007. Sydämen akuutin vajaatoiminnan hoito. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. Vol 123 no. 10.

Hartikainen, L. & Visamo, A. 2000. Sydämen vajaatoimintaa sairastavien potilaiden arvio kokona selviytymisestään. Kuopio: Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.

Heikkilä, J. 2008. Sydämen ja keuhkoverisuoniston röntgenkuvaus. Teoksesta Heikkilä, J., Kupari, M., Airaksinen, J., Huikuri, H., Nieminen, M.S. & Peuhkurinen, K. (toim.) Kardiologia. 2., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Heinonen, K., Syväne, M., Toropainen, E., Nuutinen, H. & Turku, R. Valtimoterveysdeksi! Terveystiedon edistämisen käsikirja. 2009- 2010. Pori: Kehitys.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2010. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13., osin uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2006. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. Porvoo: WSOY.

Hämäläinen, H. & Röberg, M. Kokonaisvaltainen katse sydänkuntoutukseen. 2007. Vammala: Vammalan Kirjapaino.

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Syväoja, P. 2010. Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäen. Keuruu: Otava.

Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2012. Hoida ja kirjaa. 7., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2010. Tutkimus hoitotieteessä. 1.-2. painos. Helsinki: WSOY.

Kettunen, R. 2011a. Angiotensiinikonvertaasin estäjät sydämen vajaatoiminnan hoidossa. Teoksesta Mäkitjärvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H., & Yli-Mäyry, S. (toim.) Sydänsairaudet. 2., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Kettunen, R. 2011b. Sydämen kroonisen vajaatoiminnan lääkehoidon periaatteet. Teoksesta Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H., & Yli-Mäyry, S. (toim.) Sydänsairaudet. 2., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Kiema, M. 2011. Sydämen vajaatoimintaa sairastavan elämänlaatu ja tehostettu terveysterveystieteen vointa - tuloksia Tehova-projektista. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos. Pro gradu-tutkielma.

Kyngäs, H. & Hentinen, M. 2009. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Helsinki: WSOY.

Kyngäs, H. & Kääriäinen, M., 2005. Potilaiden ohjaus hoitotieteellisissä tutkimuksissa vuosina 1995-2002. Hoitotiede 17 (4), 210-211.

Kääriäinen, M., Lahdenperä, T. & Kyngäs, H., 2005. Tutkiva hoitotyö 3/2005, 27-28.

Lassus, J. 2011. Cystatin C, a measure of renal function, as prognostic risk marker in acute heart failure. studies on the cardiorenal syndrome. Helsinki: Helsingin yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta, kliininen laitos. Väitöskirja.

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksesta Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. 2., uudistettu painos. Juva: WSOY. 23.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2009. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY.

Lommi, J. 2011a. Akuutissa sydämen vajaatoiminnassa tehtävät tutkimukset. Teoksesta Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H., & Yli-Mäyry, S. (toim.) Sydänsairaudet. 2., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Lommi, J. 2011b. Sairaalahoidon tarve akuutissa sydämen vajaatoiminnassa. Vajaatoiminnan esiintyminen ja ennuste. Teoksesta Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H., & Yli-Mäyry, S. (toim.) Sydänsairaudet. 2., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Lommi, J. 2011c. Vajaatoiminnan esiintyminen ja ennuste. Teoksesta Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H., & Yli-Mäyry, S. (toim.) Sydänsairaudet. 2., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Lommi, J. 2011d. Vajaatoiminnan tutkimisen periaatteet ja oireiden tulkinta. Teoksesta Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. (toim.) Sydänsairaudet. 2., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Lommi, J. & Partanen, L. 2011e. Vajaatoimintapotilaan seuranta ja ohjaus. Teoksesta Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. (toim.) Sydänsairaudet. 2., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Partanen, L. 2011. Vajaatoiminnan lääkehoidon toteutus. Teoksesta Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. (toim.) Sydänsairaudet. 2., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Partanen, L. & Lommi, J. 2006. Moniammatillisella yhteistyöllä tehoa sydämen vajaatoiminnan hoitoon. Lääketieteellinen aikakauslehti Duodecim 122 (16), 2009-2016.

Rantala, M. & Virtanen, V. 2008. Kannattaako sydänpotilaan kuntoutus? Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 124 (3), 254-60.

Thornhill, K. Lyons, A. C. Nouwen, A. & Lip, G. Y. H. 2008. Experiences of living with congestive heart failure: A qualitative study. British journal of health psychology 13 (1) 155-175.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Vauhkonen, I. & Holmström, P. 2012. Sisätaudit. 4. uudistettu painos. Helsinki: WSOY.

#### Sähköiset lähteet

ETENE. 2012. Eettiset suositukset sosiaali- ja terveysalalle. Viitattu 6.12.2012.  
[http://www.etene.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=63023&name=DLFE-2903.pdf](http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=63023&name=DLFE-2903.pdf)

HUS-Helsinki. 2000. Terveysportti. Viitattu 4.12.2012.  
[http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p\\_haku=syd%C3%A4men%20vajaatoiminta%20potilaan%20hoitopolku](http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=syd%C3%A4men%20vajaatoiminta%20potilaan%20hoitopolku)

Hämäläinen, H. Sydänpotilaan kuntoutus. 2008. Viitattu 2.12.2012.  
[http://www.terveysportti.fi/dtk/oppi/avaa/p\\_artikkeli=kar00089](http://www.terveysportti.fi/dtk/oppi/avaa/p_artikkeli=kar00089)

Kemppainen, V., Kiema, M. & Kvist, T. 2011. Omahoidon ohjauksen sisällöt sydämen vajaatoimintapotilaan hoitotyössä - Hoitotyön suositus. Hoitotyön tutkimussäätiö. Viitattu 6.11.2012.  
[http://www.hotus.fi/system/files/Sydämen\\_vajaatoimintapotilaan\\_omahoito\\_SUM.pdf](http://www.hotus.fi/system/files/Sydämen_vajaatoimintapotilaan_omahoito_SUM.pdf)

Käypähoito 2008. Sydämen vajaatoiminta. Viitattu 6.12.2012.  
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/nix01485>

Lommi, J., Nieminen, M. & Harjola V-P. 2008. Sydämen vajaatoiminnan hoito. Viitattu 19.11.2012. [http://www.terveysportti.fi/dtk/oppi/avaa?p\\_artikkeli=kar00009](http://www.terveysportti.fi/dtk/oppi/avaa?p_artikkeli=kar00009)

Mustajoki, P. Terveysportti. 2012. Sydämen vajaatoiminta. Viitattu 22.9.2012.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00084#s4](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00084#s4)

Paakkari, P. 2011. Verenpainelääkkeet. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 23.9.2012.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00915#s2](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00915#s2)

Puumalainen, J. 2008. Kuntoutus osana hoitoketjua. Terveysportti. Viitattu 2.12.2012.  
[http://www.terveysportti.fi/dtk/oppi/avaa/p\\_artikkeli=kun00004](http://www.terveysportti.fi/dtk/oppi/avaa/p_artikkeli=kun00004)

## Taulukot

Taulukko 1: Aineiston pelkistäminen

Taulukko 2: Alaluokkien muodostaminen

Taulukko 3: Yläluokan muodostaminen

Taulukko 4: Hoidon aloituksessa huomioitavat asiat

Taulukko 5: Hoidossa huomioitavat asiat sairaala hoitojakson aikana

Taulukko 6: Jatkohoidosta huolehtiminen

Taulukko 7: Kotiutusvaiheessa huomioitavat asiat

Taulukko 8: Tiedonkulun sujuvuus



## Liitteet

Liite 1. Tutkimuslupa.....	50
Liite 2 Teemahaastattelurunko.....	52



## Liite 1. Tutkimuslupa

HELSINGIN JA UUDENMAAN  
SAIRAANHOITOPIIRI


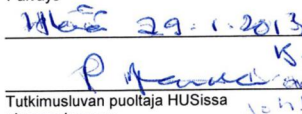
## OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSLUPAHAKEMUS Liite 1

9.2.2013

Opinnäytetyön tekijää koskevat tiedot	Suku- ja etunimet Kulmakallio Merja Katri Marjatta ja Värtö Anna Karoliina		
	Virka/toimi tai oppiarvo/koulutustausta Sairaanhoitajaopiskelija		
	HUS:n palveluksessa <input type="checkbox"/> Kyllä <input checked="" type="checkbox"/> Ei		
	Sähköpostiosoite/puh/gsm merja.kulmakallio@laurea.fi 050-3057332 karoliina.varto@laurea.fi 040-5948201		
	Kotiosoite Merja: Välenojanpolku 10 D 38 05880 Hyvinkää, Karoliina: Toukolankatu 3 AS 14 05830 Hyvinkää		
	Yliopisto ja laitos/Ammattikorkeakoulu/oppilaitos, jossa opiskelee Laurea Ammattikorkeakoulu Hyvinkää		
	Yliopiston laitoksen/Ammattikorkeakoulu/oppilaitoksen osoite Uudenmaankatu 22 05800 Hyvinkää		
Opinnäytetyön ohjaaja oppilaitoksessa	Opinnäytetyön ohjaaja(t), ohjaajien oppiarvot ja yhteystiedot (sähköposti/puhelin) Päivi Saares lehtori paivi.saares@laurea.fi 09-88687657		
	Opinnäytetyön ohjaaja(t), ohjaajien ilmoitus siitä, onko opinnäytetyön tutkimussuunnitelma hyväksytty esitetyssä muodossa Päivi Saares hyväksynyt opinnäytetyön tutkimussuunnitelman 8.1.2013		
HUS:n vastuuhenkilöä koskevat tiedot	Suku- ja etunimi/virka/toimi Kervinen Helena osastonylilääkäri		
	Työpaikan osoite Sairaalankatu 1 05850 Hyvinkää		
	Sähköpostiosoite/puh/gsm helena.kervinen@hus.fi		
Opinnäytetyötä koskevat tiedot	HUS:n tulosalue, tuloksyksikkö tai liikelaitos, jossa vastuuhenkilö työskentelee HUS Hyvinkään sairaala sisätautien vuodeosasto 3		
	Opinnäytetyön nimi julkisessa muodossa Erikoissairaanhoidon terveydenhuoltohenkilöstön kokemukset sydämen vajaatoimintapotilaiden hoidosta ja palveluketjun toimivuudesta		
	Lyhyt selostus opinnäytetyön suorittamisesta HUS:ssa julkisessa muodossa (kirjasinkoko 10) Opinnäytetyö on osa sydämen vajaatoimintapotilaan hoidon kehittämishanketta 2012. Hankkeessa on mukana HUS Hyvinkään sairaala, Hyvinkään perusterveydenhuolto sekä Laurea-ammattikorkeakoulu Hyvinkää. Suoritamme noin kymmenen teemahaastattelua, joissa haastateltavina on lääkäreitä ja hoitajia. Tutkimme terveydenhuoltohenkilöstön kokemuksia sydämen vajaatoimintapotilaiden hoidosta ja palveluketjun toimivuudesta.		
	Asiasanat (max 5 kpl) <b>sydämen vajaatoiminta, palveluketju</b>		
	Opinnäytetyön taso <input type="checkbox"/> Lisensiaattitutkinto <input type="checkbox"/> Maisteri tutkinto <input type="checkbox"/> Ylempi AMK tutkinto <input type="checkbox"/> Kandidaatti <input checked="" type="checkbox"/> AMK tutkinto <input type="checkbox"/> Muu, mikä?	Opinnäytetyön tieteenala <input type="checkbox"/> Lääketiede <input type="checkbox"/> Hammaslääketiede <input checked="" type="checkbox"/> Hoitotiede <input type="checkbox"/> Terveystieteiden ala <input type="checkbox"/> Muu, mikä?	
	Opinnäytetyö on osa laajempaa HUS -hanketta? <input type="checkbox"/> Ei <input checked="" type="checkbox"/> Kyllä, mitä? Sydämen vajaatoimintapotilaan hoidon kehittämishanke 2012	Arvioitu aloituspv. 21.1.2013	Arvioitu päättymispvm. 25.3.2013
	Opinnäytetyön suorituspaikat HUS:ssa <input type="checkbox"/> HUS konsernihallinto <input type="checkbox"/> HYKS-sairaanhoitoalue <input type="checkbox"/> HYKS Medisiininen tuloksyksikkö <input type="checkbox"/> HYKS Naisten- ja lastentautien tuloksyksikkö <input type="checkbox"/> HYKS Operatiivinen tuloksyksikkö <input type="checkbox"/> HYKS Psykiatrian tuloksyksikkö <input checked="" type="checkbox"/> Hyvinkään sairaanhoitoalue <input type="checkbox"/> Lohjan sairaanhoitoalue <input type="checkbox"/> Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalue <input type="checkbox"/> Porvoon sairaanhoitoalue	<input type="checkbox"/> HUS-Apteekki <input type="checkbox"/> HUS-Desiko <input type="checkbox"/> HUS-Kiinteistöt Oy <input type="checkbox"/> HUS-Logistiikka <input type="checkbox"/> HUS-Lääkintäteknikka <input type="checkbox"/> HUS-Röntgen <input type="checkbox"/> HUS-Servis <input type="checkbox"/> HUS-Tilakeskus <input type="checkbox"/> HUSLAB <input type="checkbox"/> Ravioli <input type="checkbox"/> Uudenmaan sairaalapesula Oy <input type="checkbox"/> Muu, mikä	

Kohderyhmä <input type="checkbox"/> Potilaat <input type="checkbox"/> Omaiset <input checked="" type="checkbox"/> Henkilökunta <input type="checkbox"/> Asiakirjat <input type="checkbox"/> Muu, mikä?		Tutkittavien/havaintoyksikköjen määrä n. 10
Aineiston keruumenetelmä <input type="checkbox"/> Kysely <input checked="" type="checkbox"/> Haastattelu <input type="checkbox"/> Havainnointi <input type="checkbox"/> Asiakirja-analyysi <input type="checkbox"/> Muu, mikä?		
HUS:n ulkopuoliset yhteistyötahot <b>Laurea-ammattikorkeakoulu ja Hyvinkään perusterveydenhuolto</b>		
Aiheuttaako opinnäyte kustannuksia HUS:lle? <input type="checkbox"/> Kyllä (Kustannusarvio ja rahoitussuunnitelma erillisellä liitteellä) <input checked="" type="checkbox"/> Ei (Tutkimusluvan myöntäjä voi vaatia selvitystä tapauskohtaisesti)		Opinnäytetyön hyödyt/vaikutukset HUS:n toimintaan <input checked="" type="checkbox"/> Väliön soveltuvuusarvio toimintaan, mihin Sydämen vajaatoimintapotilaan palveluketjun kehittäminen <input type="checkbox"/> Ei väliä sovellettavuutta
Opinnäytetyön tekijänä sitoudun noudattamaan sairaalan antamia ohjeita ja sääntöjä ja raportimaan opinnäytetyöni tuloksista tutkimusluvan myöntäjälle.  Päiväys 8.1.2013  Opinnäytetyön tekijä/tekijät nimenselvennys Merja Kulmakallio ja Karoliina Värtö		
Päiväys  HUS:n vastuhenkilö nimenselvennys Jyrki Lilleberg Sisäisen viestintäyksikön johtaja		

Alla olevaa päätöskohtaa käytetään silloin, kun päätös voidaan antaa lomakepäätöksenä (ks. JYL 1/2010, kohta 4.3)

<b>LOMAKE- PÄÄTÖS</b>  § 2/2013	<input checked="" type="checkbox"/> Myönnetään hakemuksen mukaisesti <input type="checkbox"/> Myönnetään edellyttäen, että  <input type="checkbox"/> Hakemus hylätään seuraavin perusteluin *)  *) Oikaisuvaatimusohje liitteenä	
	Tutkimusluvan alkamispäivä 1.2.2013	Tutkimusluvan päättymispäivä 31.3.2013
	Päiväys 1.2.2013  Tutkimusluvan myöntäjä nimenselvennys <b>ASKO SAARI</b> sairaanhoitoyksikön johtaja, LKT Hyvinkään perusterveydenhuoltoalue puh. 019-45872410	Päiväys 29.1.2013  Tutkimusluvan puoltaja HUSissa nimenselvennys

#### Tarvittavat liitteet

- ☒ Opinnäytetyön suunnitelma ja selostus opinnäytetyön suorittamisesta HUS:ssa
- ☐ Aineiston keruulomake
- ☐ Kysely/haastattelulomakkeen saatekirje

#### Lisäksi tarvittaessa

- ☐ Opinnäytetyötä suorittava muu henkilöstö
- ☐ Kustannusarvio ja rahoitussuunnitelma
- ☐ Hakemus tietojen saamiseksi salassa pidettävistä asiakirjoista
- ☐ Vaitiolosittomus/ salassapito- ja käyttäjäsitoumus
- ☐ Tutkittavan tiedote ja suostumus
- ☐ Eettisen toimikunnan lausunto
- ☐ STM:n lupa
- ☐ Henkilörekisteriseloste

Liite 2 Teemahaastattelurunko

1. Millaisia kokemuksia erikoissairaanhoidon terveydenhuoltohenkilöstöllä on sydämen vajaatoimintapotilaiden hoitoon hakeutumisesta
  - oireista?
  - tutkimuksista ja toimenpiteistä?
  - lääkähoidosta?
  - ohjauksesta?
  - henkisestä tuesta?
  - vuorovaikutuksesta?
2. Millaisia kokemuksia erikoissairaanhoidon terveydenhuoltohenkilöstöllä on sydämen vajaatoimintapotilaiden hoitojaksoista sairaalassa
  - oireista?
  - tutkimuksista ja toimenpiteistä?
  - lääkähoidosta?
  - ohjauksesta?
  - henkisestä tuesta?
  - vuorovaikutuksesta?
3. Millaisia kokemuksia erikoissairaanhoidon terveydenhuoltohenkilöstöllä on sydämen vajaatoimintapotilaiden jatkohoidosta
  - oireista?
  - tutkimuksista ja toimenpiteistä?
  - lääkähoidosta?
  - ohjauksesta?
  - henkisestä tuesta?
  - vuorovaikutuksesta?
4. Millaisia kokemuksia erikoissairaanhoidon terveydenhuoltohenkilöstöllä on sydämen vajaatoimintapotilaiden kotiuttamisesta
  - oireista?
  - tutkimuksista ja toimenpiteistä?
  - lääkähoidosta?
  - ohjauksesta?
  - henkisestä tuesta?
  - vuorovaikutuksesta?
5. Millaisia kokemuksia erikoissairaanhoidon terveydenhuoltohenkilöstöllä on
  - tiedonkulusta?
  - moniammatillisesta yhteistyöstä ja moniammatillisesta asiantuntemuksesta?